Aus der Strassburger Universitäts-Frauenklinik.

Klinische Beobachtungen an 35 mit Urinfisteln behafteten Frauen.

Inaugural-Dissertation

der medizinischen Facultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Franz Geisthövel,

Volontair-Arzt der königl. Universitäts-Frauenklinik in München.

Wien 1892.

Druck und Verlag von L. Bergmann & Co.

Aus der Strassburger Universitäts-Frauenklinik.

Klinische Beobachtungen an 35 mit Urinfisteln behafteten Frauen.

Inaugural-Dissertation

der medizinischen Facultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Franz Geisthövel,

Volontair-Arzt der königl. Universitäts-Frauenklinik in München.

Wien 1892.

Druck und Verlag von L. Bergmann & Co.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Freund.**

Die Geschichte der Urinfisteln des Weibes bis fast zur Mitte dieses Jahrhunderts darf man wohl kurzweg als eine Leidensgeschichte bezeichnen, in der uns immer wieder dasselbe traurige Bild vor Augen tritt: auf der einen Seite die mannigfaltigsten und häufig an ein und derselben Person bis auf mehrere Dutzend fortgesetzten Heilungsversuche mit allen ihren Beschwerden und Qualen, auf der anderen Seite das meistens negative Resultat, vielleicht ebenso oft eine Verschlimmerung des Uebels, als unverdienter Lohn für die Mühewaltung auch des geschicktesten Arztes und seine und der Patientin hartgeprüfte Geduld. So behauptete Jeanselme[1]) noch im Jahre 1840, dass er zweifeln müsse, dass in Paris jemals eine Blasenscheidenfistel vollständig geheilt worden sei. Gleichviel, ob diese Behauptung Jeanselme's in vollem Umfange richtig war oder nicht, jedenfalls zeigt sie uns, wie es damals in Paris und damit in Frankreich um die Heilbarkeit der Blasenscheidenfisteln stand.

In Deutschland waren um diese Zeit die Erfolge der ärztlichen Kunst auf erwähntem Gebiete wohl kaum grössere. Schreibt doch Dieffenbach[2]) noch im Jahre 1845: „In meinem Innersten froh, einstens durch acht Nächte eine sich durch das ganze Scheidengewölbe erstreckende Fistel geheilt zu finden, und von der Hoffnung erfüllt, endlich den grimmigen Feind immer bezwingen zu können, trotzte dann wieder ein nach der glücklichsten Operation zurückgebliebener Nadelstich oder eine Fistel von der Grösse eines Sondenknopfes den angestrengtesten Bemühungen.

---

[1]) Freund W. A., Kurze Geschichte der Urinfisteln des Weibes nebst Beschreibung einer Harnleiter-Gebärmutterfistel. Betschler's klinische Beiträge zur Gynäkologie. 1. Heft, 1862.

[2]) Die operative Chirurgie. 1. B., p. 573.

Ich sah Oeffnungen von der Grösse einer kleinen Erbse nach Schneiden, Nähen, Brennen den Umfang einer grossen Erbse erreichen, aus einem groschengrossen Loch ein zweigroschengrosses, aus einem viergroschen- ein achtgroschengrosses werden — dann hörte ich auf. Ich habe eine Frau achtzehnmal operirt und sie dennoch nicht geheilt, ganze Säle voll dieser Unglücklichen aus allen Gegenden zusammengebracht und dem Gegenstande ganz gelebt, und dennoch nur eine geringe Heilung zu Stande gebracht."

Schneiden, Nähen, Brennen, Aetzen, in der verschiedensten Weise und in den mannigfaltigsten Combinationen, bald mit diesen Mitteln und Instrumenten, bald mit jenen, dann von der Scheiden-, dann selbst durch die Harnröhre von der Blasenseite aus hatte man versucht; ferner war die Tamponade der Scheide mit Katheterisation der Harnblase angewendet, Vereinigungszangen waren angelegt, Transplantationen gemacht worden, endlich hatte man auf die Empfehlung von Vidal de Cassis sogar die Verschliessung des Scheideneinganges angestrebt. Die Erfolge all dieser Mühen aber waren verhältnissmässig geringe. Doch zur Ermuthigung der an ihrem Können schon fast verzweifelnden Aerzte und zum Glück und Segen der leidenden Frauen bereiteten sich inzwischen bessere Zeiten vor, und zwar zunächst in Frankreich. Jobert de Lamballe in Paris hatte die ersten häufigeren Erfolge aufzuweisen. Sein Verfahren, das er Opération autoplastique „par glissement" nannte, war ein rein chirurgisch-operatives. Nicht aber den Entspannungsschnitten, nach denen Jobert seiner Methode den Namen gegeben hatte, verdankte er zumeist die glücklicheren Resultate. Die Vorzüge seiner Methode bestanden vielmehr, wenn wir zunächst die Blasenscheidenfisteln im Auge behalten, in zwei anderen Momenten. Erstens erzielte Jobert durch Herabziehen des Uterus mittelst Muzeux'scher Hakenzangen unter gleichzeitigem Vordrängen der Fistel von der Blase aus durch einen Katheter eine bessere Freilegung des Operationsfeldes. Zweitens schnitt er die Fistelränder breit und trichterförmig ohne Schonung der Scheiden- und Blasenschleimhaut aus und schuf so frische Wundränder, die nach der Vereinigung durch eine breitumfassende Naht zur Verwachsung geeignet waren. Ferner zeigte Jobert, dass man bei Blasen-Gebärmutterfisteln nach Spaltung des Muttermundes durch Vereinigung der Fistelränder Continenz erreichen und sogar im Nothfalle bei diesen Defecten durch Obliteration des Ostium uteri externum bei den tiefen Blasen-Gebärmutterscheidenfisteln durch Annähen der hinteren Muttermundslippe an den unteren Fistelrand den Harn und selbst das Menstruationsblut ihren Weg durch die Blase zu nehmen zwingen könne.

Dieser erste, aber zugleich wesentliche Fortschritt Jobert's in der Therapie der Urinfisteln sollte der deutschen Wissenschaft und somit den deutschen Frauen alsbald zu Gute kommen. Dr. Gustav Simon, damals noch in Darmstadt, hatte Gelegenheit gefunden, in Paris bei mehreren Fisteloperationen, die von Jobert selbst ausgeführt wurden, anwesend zu sein. Im Jahre 1854 legte Simon der ärztlichen Welt seine Erstlingsschrift[3]) auf obigem Gebiete vor. Diese und die bald nachfolgende grössere Arbeit[4]) bezeichneten den Anbruch und den bereits erfolgten Uebergang in eine neue und glücklichere Epoche. Simon erscheint schon in seiner ersten Veröffentlichung nicht etwa als blinder Nachahmer Jobert's. Er empfiehlt das Verfahren Jobert's als ganzes, setzt aber klar auseinander, dass die Entspannungsschnitte in den meisten Fällen unnütz oder geradezu als Mängel desselben anzusehen sind. Ferner gibt er als neu darin die Doppelnaht als Entspannungs- und Vereinigungsnaht für grössere Defecte an, theilt Untersuchungen über das Verhältniss des Blasenstückes des Harnleiters zu den Blasenscheidenfisteln mit, und was sich daraus für die Operation der letzteren ergibt. Noch mancherlei anderes Interessantes und Werthvolles führt er an; aber all dieses würde ihm nicht den Meistertitel eingebracht haben, hätte er nicht sein Meisterstück abgelegt, indem er von vier Patientinnen mit recht schwierigen Fistelfällen drei vollständig und eine, die sich der weiteren Behandlung entzog, bis auf eine ganz kleine Fistelöffnung heilte. Uebrigens fällt es auf, dass Simon an dieser Stelle sein Rinnenspeculum nur nebenbei erwähnt, während er gerade diesem Instrumente sicherlich ein Guttheil seiner glücklichen Erfolge zuzuschreiben hatte. — Fast zur selben Zeit drang auch von Amerika aus nach Europa die erfreuliche Kunde, dass die Therapie der Urinfisteln dort einen bedeutenden Aufschwung genommen habe. Marion Sims war der Begründer dieses Fortschrittes, und auch seine guten Erfolge beruhten hauptsächlich darin, dass die Anwendung seines rinnenförmigen Speculums eine ausgezeichnete Freilegung des Operationsfeldes und dadurch bedingte gute Anfrischung der Fistelränder und exacte Nahtanlegung garantirte.

Die ersterwähnte Schrift Simon's hatte vollauf genügt, die Urinfistelfrage, besonders bei den Gynäkologen und Chirurgen Deutschlands, wieder in lebendigen Fluss zu bringen. Während aber die meisten von ihnen, an erster Stelle Simon selbst,

---

[3]) Ueber die Heilung der Blasenscheidenfisteln. Giessen 1854.

[4]) Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln durch die blutige Naht. Rostock 1862.

dieser Frage vor Allem und mit gutem Rechte nach der operativen Seite hin ihre fortwährende Aufmerksamkeit schenkten, ist es das Verdienst von Herrn Prof. Freund, in der oben citirten Schrift auf Grund eingehendsten Quellenstudiums kritisch-historisch diesen Gegenstand in das rechte Licht gesetzt und insbesondere die pathologische Anatomie der Urinfisteln, grösstentheils an der Hand eigener Beobachtungen und Untersuchungen, genauer berücksichtigt zu haben. Weiteres Interesse bot diese Arbeit auch noch dadurch, dass der Herr Verfasser über eine recht seltene Art von Urinfisteln, über eine Harnleiter-Gebärmutterfistel berichten konnte, bis dahin der dritte Fall, der zur Veröffentlichung gelangte. Simon's Schrift desselben Jahres zeigte auf's Deutlichste, wie der Meister es verstanden hatte, seine Methode immer mehr und mehr zu vervollkommnen. Auf Grund seiner vorzüglichen Heilresultate bewies er darin, dass es von untergeordneter Bedeutung sei, ob man mit Silberdraht nähe, wie Sims, oder mit Seide, wie er selbst; er hatte ferner in der queren Obliteration der Scheide eine ganz neue Methode in bisher unheilbaren Fällen erfunden und durch Experimente die bis auf seine Zeit landläufige Ansicht widerlegt, nach welcher der Urin nicht allein eine äusserst schädliche Einwirkung auf die durch die Naht frisch vereinigte Fistelwunde habe, sondern, wie Dieffenbach behauptete, „sogar die wirklich zu Stande gekommene Verbindung wieder löse, wenn nur ein Tropfen desselben in die Wundspalte eindringe". Einen höchst beachtenswerthen Fortschritt bezeichneten endlich die schwierigen Fälle, in denen Simon durch Vereinigung in ⊤⅄⅄förmigen Figuren oder durch Operiren in verschiedenen Sitzungen völligen Verschluss der Fisteln erzielt hatte.

Es war also nicht zu verwundern, dass die Simon'sche Operationsmethode, dank der Rührigkeit ihres Autors und durch Erfolge gekrönt, wie man sie nie zuvor gesehen, innerhalb verhältnissmässig kurzer Zeit bei fast allen Operateuren Deutschlands und darüber hinaus Anerkennung gefunden hatte und gern und mit Glück geübt wurde.

In Amerika hatte sich mittlerweile neben Sims dessen Schüler Bozeman häufig und erfolgreich mit der Operation von Urinfisteln, speciell von Blasenscheidenfisteln befasst. Er operirte weder wie Sims in der Seiten-, noch wie Simon in Steissrücken-, sondern ausschliesslich in Knieellenbogenlage. Er benützte zwar auch zur Naht den Silberdraht, dabei wurden die Drähte aber auf einer, für jeden einzelnen Fall besonders geformten Bleiplatte mittelst durchbohrter Schrotkörner befestigt. Dieser Naht, insbesondere aber seiner Vorbereitungscur,

die im Einschneiden etwa vorspringender Narben und in methodischer, oft auf mehrere Wochen sich erstreckender Dilatation der Vagina durch eingelegte Hartgummikugeln und -Cylinder bestand, schrieb er vornehmlich seine guten Resultate zu. Ende der Fünfziger-Jahre und dann im Jahre 1874 kam Bozeman aus seiner Heimat nach Europa herüber, einerseits um seinem Verfahren allgemeinere Anerkennung zu verschaffen, andererseits weil er zugleich (auf seiner zweiten Reise) die Simon'sche Methode an dessen Klinik in Heidelberg aus eigener Anschauung kennen lernen wollte. Bozeman operirte dort drei Fälle, ebenso Simon[5]), jeder nach seiner eigenen Methode. Bozeman's Resultate waren nicht besser als diejenigen Simon's, und obwohl er später in Wien mit mehr Glück operirte, so hat sein Verfahren trotz der wärmsten Empfehlung von Bandl[6]) und Pawlik[7]) wenigstens in Deutschland keine allgemeinere Verbreitung gefunden.

Die Urinfistelfrage hat bis in die neuere und neueste Zeit nicht geruht, das beweisen zahlreiche Veröffentlichungen bis in unsere Tage. Auf einen Theil derselben werden wir noch, soweit sie uns mit Rücksicht auf unser Material interessiren, zu sprechen kommen.

Letzteres stammt aus der Zeit vom Frühjahr 1879, der Uebersiedlung Herrn Prof. Freund's nach Strassburg, und reicht bis in das Sommersemester 1892. Pflichtschuldigst statte ich an dieser Stelle Herrn Prof. Freund für die Ueberlassung des Materials meinen besten Dank ab und möchte zugleich all den Herren Assistenzärzten der Klinik danken, welche sich der Abfassung der oft sehr ausgedehnten Krankengeschichten unterzogen haben. Schon hier sei bemerkt, dass nur die klinischen, nicht auch die poliklinischen Fälle aufgeführt werden, und dass ferner diejenigen Urinfisteln, die durch carcinomatöse Degeneration entstanden waren, keine Erwähnung finden.

Beim Durchgehen der einschlägigen Literatur fielen uns mehrere Arbeiten auf, in denen die darin aufgeführten Fälle so rasch nach der Operation, resp. Behandlung zur Publication gelangten, dass man sich daraus über das weitere Befinden vieler der betreffenden Patientinnen keine Rechenschaft geben konnte. Manche Punkte, theils von wissenschaftlichem Interesse,

---

[5]) Zur Operation der Blasenscheidenfisteln. Vergleich der Bozeman'schen Methode mit der des Verfassers. Wiener medizinische Wochenschrift. 1876. Nr. 27—33.

[6]) Die Bozeman'sche Methode der Blasenscheidenfistel-Operation. Wien 1883.

[7]) Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln. Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäk. Bd. VIII. 1882.

theils auch von praktischer Bedeutung, bleiben auf solche Weise, besonders für den Fernstehenden, im Dunklen. Greifen wir nur einige heraus.

Man täuscht sich nämlich, wenn man annehmen wollte, dass bei jedem Falle, von dem es heisst: „geheilt entlassen", zunächst auch nur der Fistelverschluss wirklich erzielt wurde. Scheiden doch immerhin etliche Patientinnen aus irgend einem Grunde mit der mehr oder weniger noch granulirenden Fistelwunde aus der Behandlung aus. Nicht selten etablirt sich dann nach der Entlassung wieder eine, wenn auch kleinere Fistel. Aber nicht jede dieser Patientinnen kehrt wieder in die Behandlung zurück und wird dann fälschlich als geheilt betrachtet.

Weiterhin haben wir so in so manchen Fällen auch kein Urtheil darüber, ob etwa eine theilweise Incontinentia urinae bestehen blieb, oder ob die Function der Blase völlig zur Norm zurückkehrte; wir wissen ferner nicht, wie sich die Menstruationsverhältnisse gestalteten, ein Moment von beträchtlicher Wichtigkeit sicherlich in den Fällen, wo man dem Menstruationsblute durch die Operation den Weg durch die Blase vorschreiben wollte; wir sind endlich nicht darüber orientirt, ob vielleicht noch eine oder mehrere Conceptionen stattgefunden haben und wie die Schwangerschaft und insbesondere die Geburt für Mutter und Kind verlief.

Gerade aber in diesen Punkten wünschten wir, und zwar über unser ganzes Material unterrichtet zu sein, um womöglich daraus auch einigen Nutzen für therapeutisches Handeln in späteren Fällen gewinnen zu können. Deshalb suchten wir mit allen früheren Patientinnen, von denen nicht aus neuester Zeit Nachrichten vorlagen, schriftlich oder mündlich in Verbindung zu treten. Die vorgelegten Fragen erhielten wir in der grössten Mehrzahl der Fälle, und auf unsere Bitte hin, häufig von Aerzten beantwortet, denen wir für diese Collegialität hier unseren Dank aussprechen. Zu unserer Freude hatte unsere Correspondenz noch dies Gute, dass von drei Patientinnen, welche ungeheilt geblieben waren, die eine sich bereits wieder zur Operation gestellt hat und jetzt geheilt wurde, und die zwei anderen, die sich schon jahrelang mit ihrem Leiden herumschleppen, zur erneuten, hoffentlich erfolgreichen Behandlung bereit erklärt haben.

Wir lassen jetzt die Krankengeschichten folgen, bald in kürzerer Form dort, wo es sich um einfachere Fälle handelt, bald in breiterer Darstellung, wo eine solche uns zur Klarstellung der Aetiologie des Leidens, der häufig sehr verzwickt liegenden topographisch-anatomischen Verhältnisse, der eingeschlagenen Behandlungsmethode oder durch anderweitig interessirende Punkte geboten schien.

I. Blasenscheidenfisteln.

1. Zwei Blasenscheidenfisteln. Erste Operation: Vereinigung beider in eine Fistel. Völlige Continenz. Incontinenz durch Coitus. Conception bei bestehender Fistel. Zweite Operation im dritten Monate der Gravidität. — Heilung. Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Lebendes Kind. Kein Fistelrecidiv.

Frau Elise Riebold aus Greffen, 39 Jahre. 1879. Nr. 7. (Aufgenommen am 23. Mai.) Neun schwere Geburten; darunter drei Zangengeburten, zwei Perforationen. Letzte Geburt (Perforation) am 29. Januar d. J. Wasserabgang acht Tage vor der Geburt; 24stündige Krampfwehen von der höchsten Schmerzhaftigkeit. Unmittelbar nach der Hervorziehung des Kindes ging ein Strom blutig gefärbten Wassers ab, der von den Aerzten als Urin erkannt wurde. Von jetzt ab völlige Incontinenz. Elektrisirung der Urethra wegen fälschlich diagnosticirter Sphinkterlähmung. (Ausserhalb der Klinik.) Erste Menstruation im 20. Lebensjahre, später alle drei Wochen, schwach. Wiedereintritt der Menstruation etwa sechs Wochen nach der Geburt, dann alle vier Wochen, vier Tage dauernd.

Befund: An den Zähnen, Rippeninsertionen und Epiphysen der Extremitäten deutliche Zeichen von Rhachitis, Ober- und Unterschenkel leicht rhachitisch verbogen.

In der vorderen Wand der Scheide eine von oben nach unten verlaufende Narbe, die sich an zwei Stellen nicht geschlossen hat. Die unterste der in die Blase führenden Fistelöffnung liegt dicht über dem Sphinkter und ist für den Knopf einer gewöhnlichen Uterussonde permeabel; die zweite, etwas höher liegende Oeffnung ist wenig enger. Die Fisteln sind wahrscheinlich durch das Perforatorium oder den scharfen Haken entstanden. Becken: Dist. spin. 25; Dist. crist. 27·5; Dist. troch. 31; Conj. diag. 10.

25. Mai. Regel, drei Tage dauernd. 5. Juni erste Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Anfrischung in spitzwinkeliger Trichterform; die kleinere Fistelöffnung wird gleich in die Anfrischung mithineingezogen. Darauf Anlegen der Naht (Seide) von innen nach aussen in querer Richtung. Eine Stunde nach der Operation entleert Patientin spontan allen Urin durch die Urethra, Einlegen eines Nélaton oder Katheterisation somit unnöthig. Allgemeinbefinden der Patientin vorzüglich; am vierten Tage nach der Operation Entfernung der Nähte.

14. Juni. „Völlig geheilt“ entlassen. Wiedereintritt 1880 am 10. Februar. Patientin hat trotz Widerrathens bei der Entlassung zwei Tage nach ihrer Ankunft zu Hause den Coitus mit ihrem Manne ausgeführt; seitdem wieder vollkommene Incontinenz. Wegen

Senkung des Uterus wurde vom Arzte ein Hodge'sches Pessar eingelegt. Letzte Regel am 10. November.

Befund: In der alten Narbe entsprechend der kleineren früheren Fistel eine für die feinste anatomische Sonde passirbare Oeffnung. An beiden Seitenwänden der Vagina tiefe rinnenförmige Ulcera, rechts 2, links 4 Centimeter lang, vom Pessar herrührend. Uterus im dritten Monate der Gravidität. Therapie: Täglich Sitzbäder und lauwarme Zinkirrigationen in die Scheide. Ulcera rasch geheilt.

18. Februar zweite Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Flache Anfrischung, sechs Silberdrähte in der Längsrichtung angelegt. Sofort nach der Operation völlige Continenz. Vollständig reactionsloser Verlauf.

22. Februar Entfernung der Drähte. 26. Februar vollkommen geheilt entlassen. Wiedereintritt am 15. Juni 1880.

10. Juli. Befund: Aeussere Untersuchung: Kopf rechts unten, Steiss links. Innere Untersuchung: Scheideneingang und Scheide ziemlich weit. Muttermund zweimarkstückgross, Cervix 1·5 Centimeter lang, für einen Finger leicht durchgängig. Fruchtblase vorhanden, kein Theil durchzufühlen. Einleitung der künstlichen Frühgeburt am Ende des neunten Schwangerschaftsmonats. Einlegen eines Bougies; Patientin gibt Wehen an, die aber objectiv kaum nachzuweisen sind. Das Bougie wird bald ausgestossen.

13. Juli. Ein Fuss deutlich zu fühlen. Bougie wird wieder eingelegt. Keine Wehen. Bougie wird dann wieder entfernt. Ausspülung. 14. Juli, 9 Uhr Vorm. Dilatator von Barnes wird eingeführt. Schwache Wehen. 2 Uhr Nachm. Der Dilatator wird ausgetrieben. Muttermund thalergross. Cervix nur in Wehenpausen vorhanden. Nabelschnur vorliegend. Wehen stärker. 15. Juli. Keine Wehen. Klystier, Stuhlgang. Warmes Bad. Darauf gute Wehen. 11 Uhr 15 Vorm. Aeussere Untersuchung: Kopf rechts unten, Steiss links. Innere Untersuchung: Muttermund thalergross, Blase wölbt sich stark vor. Kein Theil vorliegend. 5 Uhr Nachm. Wehen wieder schwächer, nach einem Bade kräftiger. 6 Uhr. Muttermund über fünfmarkstückgross. Nabelschnur deutlich pulsirend, rechts vorne. 12 Uhr. Muttermund fast ganz eröffnet; Nabelschnur liegt noch vor.

16. Juli, 3 Uhr 30 Früh. Muttermund ganz verstrichen, ein Fuss liegt vor. Nabelschnur nicht zu fühlen. Zweite Schieflage. 4 Uhr 30. Narkose, Blasensprengung; grosse Menge Fruchtwasser. Herabziehen des linken Fusses. Die Nabelschnur ist um das linke Bein geschlungen, pulsirt schlecht. Extraction (Arme nach oben geschlagen). Veit-Smellie. 4 Uhr 45. Placenta spontan geboren. Ein kleiner Riss zu beiden Seiten der Columna rugar. post. Fünf Seidennähte. Kind lebend, fast reif, weiblich. Gewicht: 2870 Gramm. Länge: 48 Centimeter. Kopfmasse: 1. Kleiner querer Durchmesser

7 Centimeter, 2. grosser querer Durchmesser 9 Centimeter, 3. gerader Durchmesser 11 Centimeter, 4. kleiner schräger Durchmesser 9 Centimeter, 5. grosser schräger Durchmesser 12 Centimeter, 6. Umfang 33·5 Centimeter.

17. Juli. Mutter hat einmal 39·2. Sehr stark durch Gase aufgetriebene Därme? Priesnitz. Weiteres Wochenbett ganz normal. Kind erkrankt am sechsten Tage an Ikterus.

30. Juli. Mutter gesund entlassen; Kind noch ikterisch.

Nachricht vom 12. April 1892 (Frau). Das Kind starb sechs Wochen nach der Geburt. Patientin hat keine weitere Geburt durchgemacht und ist völlig gesund.

2. Blasenscheidenfistel. Drei Operationen. Heilung. In den Zwischenzeiten Kauterisationen und Aetzungen und eine Operation, letztere von anderer Hand. Später (nach brieflicher Mittheilung) zu Hause eine Frühgeburt von fünf Monaten. Manuelle Placentarlösung. Tod.

Frau Barbara Obrecht aus Munzenheim, 41 Jahre. 1881. Nr. 38. (Aufgenommen am 16. März.) Hat elfmal geboren, ausserdem zweimal abortirt. Die ersten zehn Geburten waren leicht. Letzte Geburt vor acht Wochen, Zangengeburt. Kind todt, soll kurz vor der Geburt abgestorben sein. Harnverhaltung. Häufige Katheterisation mit Entleerung eines blutigen Urins. Vier Tage nach der Geburt unwillkürlicher Harnabgang, als Ursache desselben wurde vom Arzte eine Blasenscheidenfistel entdeckt. Menstruation früher immer regelmässig.

Befund: Grosser alter Dammriss; die einander zugekehrten Flächen der Nates mit papillomartigen Excrescenzen besetzt. Dicht hinter der Symphyse eine scharfrandige Fistel, deren längster Durchmesser quer gestellt ist und in welche der Zeigefinger bequem eindringen kann. Uterus sehr gut beweglich; Umgebung frei. Becken normal.

26. März. Erste Operation: Seitenlage, ohne Narkose. Flache Anfrischung. Verschluss der Fistel durch querverlaufende Naht (acht Silberdrähte). Nach der Operation sofort und zwei Tage hindurch mehrmalige Katheterisation, da Patientin nicht spontan den Urin lassen kann. Urin etwas blutig. Die Harnröhre etwas eng. In der Nacht vom 27. zum 28. März hat Patientin zweimal spontan urinirt. Am folgenden Tage geht wieder Harn durch die Vagina und wie die Blosslegung des Operationsfeldes ergibt, durch eine für eine Nadel durchgängige, am rechten Wundwinkel gelegene, nicht geschlossene Stelle.

3. April. Entfernung der Nähte. Alles prim. int. bis auf die erwähnte kleine Fistel geheilt. Verweilkatheter. Die Kauteri-

sation mit Paquelin, die mehrere Male vorgenommen wurde, bringt die Fistel nicht zum Verschluss; deshalb wird am 27. Mai zur zweiten Operation geschritten. Querovaläre flache Anfrischung, fünf Silberdrähte. Am 30. Mai wird Patientin wegen Raummangels mit den Drähten entlassen. Drähte am 2. Juni in der Poliklinik entfernt. 11. Juni. Ein Theil des Urins geht wieder durch eine kleine spaltförmige Fistel ab, die 2 Centimeter hinter der Urethralöffnung und kaum stecknadelkopfgross ist. Touchiren mit Höllenstein. Patientin erscheint nicht mehr. Wiedereintritt 1881 am 19. November. Der Patientin wurden inzwischen in einer anderen Anstalt einige Nähte angelegt. Nach Entfernung derselben wieder Incontinenz. Befund wie am 11. Juni.

23. November. Dritte Operation ohne Narkose. Ovaläre Anfrischung, Naht mit sieben Silberfäden. Patientin geht nach der Operation umher, lässt willkürlich den Urin. Am siebenten Tage nach der Operation Entfernung der Nähte. Regel vom 30. November bis 5. December, also am siebenten Tage nach der Operation.

9. December. Völlig continent entlassen. Nachricht vom 8. April 1891 (Mann). Patientin hatte noch eine Frühgeburt von fünf Monaten, Kopflage. Die Placenta wurde nach drei Tagen vom Arzte gelöst. Eine halbe Stunde später starb die Frau.

3. Blasenscheidenfistel. Rechter Fistelwinkel mit dem Schambeine narbig verwachsen. Drei Operationen. Heilung. Zweite Geburt. — Recidiv. Vierte Operation. Heilung. Dritte Geburt mit Zange beendet. Kein Recidiv.

Frau Maria Kongs aus Ars, 31 Jahre. 1883. Nr. 38. (Aufgenommen am 12. Februar.) Die erste Geburt wurde am 29. October 1882 nach vergeblichen Zangenversuchen durch Perforation des lebenden Kindes beendet. Beginn der Wehen am 27. October Abends. Die Wässer sollen schon acht Tage vorher abgegangen sein. Sofort nach der Geburt floss der Harn durch die Scheide ab.

Befund: Tiefer Dammriss. Narbenstränge zu beiden Seiten der Columna rugar. post. bis hinauf in's Laquear. Unmittelbar hinter der Symphyse in der vorderen Vaginalwand eine querovale, 1·5 Centimeter breite Fistel, aus welcher sich Blasenschleimhaut hervordrängt. Lippen der Fistel hart; der rechte Winkel ist mit dem Schambeine narbig verwachsen, der linke ziemlich beweglich. Am oberen Fistelrande ist die Portio mit ganz engem Muttermunde in der narbig verzerrten Schleimhaut nur schwer aufzufinden. Uterus retrovertirt. Becken: Dist. sp. 22; Dist. crist. 26·5; Dist. troch. 30; Conj. ext. 18·5. Die S-förmige Krümmung der Wirbelsäule fehlt fast ganz. Kreuzbein kaum gebogen. Beckenneigung gering. Fötaler Charakter des Beckens.

20. Februar. Die nach vorheriger Erweiterung der Harnröhre (durch Hegar'sche Stifte) vorgenommene Blasenuntersuchung ergibt in Bezug auf das Verhältniss der Ureteren zur Fistel Folgendes: Die rechte Ureterenmündung lässt sich leicht sondiren und befindet sich ungefähr $^1/_2$ Centimeter vom rechten Fistelwinkel nach innen zu und etwa 2 Millimeter oberhalb des oberen Fistelrandes; die linke Ureterenmündung wird nicht aufgefunden, ist aber wahrscheinlich nicht im Bereiche der Fistelränder, sondern mehr nach aussen gelegen.

1. März. Stuhl leicht retardirt.

6. März. Erste Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Zunächst wird nach Einführung eines Rinnenspeculums eine Sonde in die rechte Ureterenmündung eingeleitet, die Blasenwandung mittelst scharfer Häkchen angezogen und gespannt und die Ureterenmündung mit einer Scheere gespalten. Sodann folgt die Ablösung des rechten Fistelwinkels vom Schambeine, flachtrichterförmige Anfrischung des ersteren in einer Breite von 1 Centimeter und Anlegung von vier Silberdrähten, welche durch die ganze Dicke des Septum vesico-vaginale geführt werden. Beim leichten Anziehen der Drähte legen sich die Fistelränder schon gut aneinander, da durch die Ablösung des rechten Fistelwinkels auch die Ränder der linken Fistelhälfte genügend mobil und dehnbar geworden sind. Es wird deshalb von dem ursprünglichen Plane, wegen der Grösse der Fistel, der Callosität ihrer Ränder und der theilweisen Verwachsung mit dem Knochen, in zwei Sitzungen zu operiren, abgegangen und sofort auch die übrig gebliebene linke Partie angefrischt und dann durch drei tiefe und acht oberflächliche Drähte vereinigt. Blasenausspülung; keine Gerinnsel. Die Fistel erweist sich als geschlossen. Jodoform auf die Naht. Tamponade. Opium.

7. März. Patientin entleert den Urin spontan alle halbe Stunden.

12. März. Entfernung der Nähte. Die Fistel ist bis auf eine kleine, in der Mitte befindliche rundliche Oeffnung geschlossen, durch welch letztere Urin hindurchsickert. Durch Tamponade und Verweilkatheter wird die Heilung der kleinen Fistel angestrebt. Die Fistel schliesst sich nicht.

14. April. Zweite Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Die kaum stecknadelkopfgrosse Fistel, die dicht unter dem Muttermunde sitzt, wird wegen Kürze der Urethra längs angefrischt und durch drei Drähte geschlossen. Jodoform; Tamponade.

17. April. Bis jetzt wurde der Harn anfangs durch Katheter, dann spontan entleert. Heute geht wieder Urin per vaginam ab. Ein eingelegter Verweilkatheter functionirt nicht und wird deshalb entfernt.

30. April. Dritte Operation in ähnlicher Weise wie die zweite. Zwei Entspannungssuturen. Verweilkatheter; Jodoform, Tamponade.

7. Mai. Der Katheter wurde gut vertragen und functionirte ausgezeichnet. Die Nähte werden entfernt. Die Urethralmündung liegt durch die Narbenretraction der Fistelnaht hoch in die Höhe gezogen in der Vagina. Die vordere Vaginalwand ist wie ein Brett gespannt. Patientin kann das Wasser über zwei Stunden halten und wird am 11. Mai geheilt entlassen. Die Periode, die früher regelmässig war, kehrte vier Wochen nach der Geburt wieder und war dann auch während der klinischen Behandlung völlig ungestört.

Wiedereintritt 1884 am 21. April. Nach dem Verlassen der Anstalt soll nur beim längeren Gehen Urin abgegangen sein, ob durch die Urethra oder Vagina kann Patientin nicht angeben. Dieser Zustand dauerte bis Januar dieses Jahres. Von dieser Zeit ab ist Patientin völlig continent. Die letzte Regel hatte sie Ende September.

Befund: Aeussere Untersuchung: Uterus zwei Querfinger über dem Nabel. Kopf hochstehend über dem Beckeneingang. Links oben kleine Theile. Kindliche Herztöne rechts vorne.

Innere Untersuchung: Die ganze Vagina ist so voller Narbengewebe, dass eine genaue Abtastung des Beckens nicht möglich ist. Die Columna rug. ant. fehlt vollständig, die Stelle derselben von Narbengewebe eingenommen. Die Stelle der vorderen Lippe ist ersetzt durch eine längliche vertiefte Narbe mit erhabenen Rändern (Operationsnarbe). Das Promontorium lässt sich nicht erreichen, und die Seitentheile des Beckens sind nicht abzutasten. Durch die narbige vordere Vaginalwand hindurch kann man den vorliegenden ballotirenden Kopf nicht fühlen, da letzterer noch hoch über dem Becken steht.

22. April. Die Untersuchung mit Zuhilfenahme des Speculums ergibt: Portio vaginalis fehlt. Der Muttermund ist ein Schrägspalt, von unten rechts nach oben links gerichtet, mit narbiger Umgebung vorn und etwas stärker ausgesprochener hinterer Lippe. Der Finger kann nicht eindringen. Es setzt sich ein feiner Narbenstreif nach rechts unten in der vorderen Scheidenwand fort und ein zweiter schwierig zu erreichender nach oben hinten links. Cervix stark anteponirt. Die Portio supravag. ist vom Bauche aus ebenfalls anteponirt zu fühlen. Kind in Schräglage, Kopf links unten.

4. Mai. Durch die wegen grosser Schmerzhaftigkeit in Narkose unternommene Untersuchung wird constatirt, dass das Becken in seinen oberen Partien hinreichend weit ist, dass aber der Beckenausgang verengt ist durch Einwärtsbiegung der unteren Hälften der Sitzbeine, ähnlich wie man es beim osteomalacischen Becken zu finden pflegt. Der Arcus pubis ist genügend weit. Das Kind scheint nicht allzu gross zu sein. Aus den angegebenen Gründen wird von dem bereits begonnenen Versuche der Einleitung der künstlichen Frühgeburt (durch Elektricität und warme Ausspülungen

wurden die Weichtheile nur langsam aufgelockert) Abstand genommen, in der Hoffnung, dass am natürlichen Ende der Schwangerschaft die Auflockerung der narbigen Vagina eine bessere sein werde.

5. Mai. Entlassung mit der Weisung, sich ab und zu warme Ausspülungen zu machen und kurz vor dem Ende der Schwangerschaft wieder zu kommen. Patientin folgt diesem Rathe nicht und tritt am 18. September 1884 wieder ein mit der Angabe, seit ihrer am 7. Juli erfolgten zweiten Entbindung wieder vollkommen incontinent zu sein. Die Geburt dauerte 18 Stunden. Das Kind wurde, da kein Arzt zur Stelle war, durch die Hebamme in Fusslage extrahirt und starb gleich post partum. Menstruation ungestört.

Befund am 27. September: Dicht unter der vorderen, fast ganz defecten Muttermundlippe eine für einen Finger durchgängige Fistel; hintere Blasenwand sehr dünn. Behandlung der excoriirten Stellen an den Schenkeln und äusseren Genitalien und Vorbereitung der Fistel selbst. 6. October. Periode. Bevor zur Operation geschritten wird, werden die bevorstehenden Menses abgewartet, die vom 6. bis 9. November dauern.

14. November. Vierte Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Längsovale Anfrischung, acht Silberdrähte, Tamponade; Verweilkatheter (Nélaton) wird bald ausgetrieben. Stündliche Katheterisation. 23. November. Entfernung der Drähte, Narbe ganz geschlossen. Patientin kann mehrere Stunden den Urin halten. 28. November. Vollkommen geheilt entlassen.

Wiedereintritt am 26. Januar 1885. Patientin wird heute wieder aufgenommen behufs Dammplastik. Patientin hat im Uebrigen über nichts zu klagen. 18. Februar. Völlige Heilung.

Nachricht vom 8. April 1892 (Arzt). Letzte Entbindung mit Zange am 7. Juli 1886. Kind in Hinterhauptslage, ausgetragen, noch jetzt lebend. Nie ging wieder Urin durch die Scheide. Mann 1888 an Tuberculosis pulm. gestorben.

4. Blasenscheidenfistel. Verwachsung mit dem Beckenrande. Zwei Operationen. Heilung.

Frau Sophie Reiter aus Stieringen, 25 Jahre. 1884. Nr. 41. (Aufgenommen am 7. März.) Erste Geburt spontan und leicht, kleines Kind. Zweite Geburt am 18. Januar 1884. Nach mehrmaligen vergeblichen Zangenversuchen wurde ein todtes Kind extrahirt. Nach Angabe des Arztes soll alsbald nach der Geburt Wasser durch die Scheide gegangen sein. Fieberhaftes Wochenbett mit unwillkürlichem Stuhlabgang. Obstipation.

Befund: Oben im vorderen Scheidengewölbe ein quergestellter, für einen Finger bequem durchgängiger Defect mit scharf gespanntem

oberen und dem Knochen adhärenten linken Rande. Urin schwach alkalisch, keine Nierenepithelien, kein Albumen.

14. März. Erste Operation: Zuerst Steissrückenlage, ohne Narkose. Beim Versuch, den Uterus herabzuziehen, reisst ein in die hintere Lippe eingesetzter Muzeux sofort aus. Das Gewebe ist so brüchig, dass eingesetzte Häkchen nirgends halten. Deshalb Lage à la vache, bei der die Fistel ziemlich zugänglich wird. Breite querovale Anfrischung und Schluss der Fistel durch drei Silberdrähte. Permanenter Katheter.

18. März. Die Fistel ist seit gestern wieder aufgegangen. Entfernung der Drähte.

2. April. Inzwischen wurde der Patientin, um ihre Gewebe resistenzfähiger zu machen, sehr reichliche und kräftige Nahrung gereicht. Die Fistel hat sich sichtlich verkleinert.

25. April. Der Finger dringt in die Fistelöffnung nicht mehr ein. 5. Mai. Nachdem gestern eine bedeutende Verkleinerung der Fistel festgestellt wurde, erfolgt heute die zweite Operation: Lage à la vache, ohne Narkose. Die Anfrischung, in welche ein Theil der vorderen Lippe fällt, ist zum Theil wegen der derben Narbe schwierig. Versuchsweise drei Catgutnähte; die weiteren Nähte werden mit Silberdraht angelegt. Opium. Verweilkatheter.

15. Mai. Patientin wird häufig katheterisirt; die Nähte werden entfernt; die Wunde ist lineär vereinigt. 20. Mai. Patientin lässt jede halbe Stunde den Urin spontan und wird am 22. Mai entlassen. Nachricht vom 9. April 1892 (Mann). Die Continenz wurde wieder völlig normal; Patientin starb ein Jahr nach ihrer Entlassung.

5. *Blasenscheidenfistel. Spontanheilung. Bei der zweitfolgenden Geburt Recidiv. Eine Operation. Heilung.*

Frau Arnold aus Tingting bei Falkenberg, 28 Jahre. 1884. Nr. 74. (Aufgenommen am 9. Mai.) Von den vier Geburten verlief die erste spontan, aber ziemlich schwierig; die zweite war eine Zangengeburt mit todtem Kinde. Gleich nach derselben ging Wasser durch die Scheide; die Fistel heilte aber innerhalb sechs Wochen von selbst zu. Die dritte Geburt war leicht; kleines Kind. Im Februar dieses Jahres kam Patientin zum vierten Male nach siebenstündiger äusserst schmerzhafter Geburtsarbeit mit grossem todten Kinde nieder. Vom zweiten Tage nach der Geburt flosss Urin ständig durch die Scheide ab. Stuhlgang nur auf Laxantien. Periode bis jetzt nicht wieder aufgetreten, war früher regelmässig, aber schwach. Patientin lag sieben Wochen zu Bette.

Befund: Grosser Dammriss. Auf der Grenze von oberer und unterer Hälfte der Scheide, und zwar auf der rechten Wand der

letzteren, befindet sich eine 1 Centimeter lange Narbe, die in ihrer Mitte eine stecknadelkopfgrosse Blasenscheidenfistel mit scharfem Saume zeigt. Rechts hinten von der Portio ein grösserer, derber Narbenstrang. Uterus klein, in Retroflexion. Urin sauer.

17. Mai. Operation: Linke Seitenlage, ohne Narkose. Breite trichterförmige Anfrischung und Vereinigung in ziemlich querverlaufender Silberdrahtnaht.

Stündliche Katheterisation. 21. Mai. Patientin lässt den Urin spontan. 26. Mai. Die Drähte wurden sieben Tage nach der Operation entfernt und Patientin heute vollkommen continent entlassen.

Laut Nachricht vom 8. April 1892 (Hebamme) ist Folgendes nachzutragen: Die Regel trat zum ersten Male wieder ein am 10. Juni 1884 und war dann von dreitägiger Dauer, alle vier Wochen. Patientin hat bis jetzt noch viermal spontan und leicht geboren. Drei Kinder wurden in Kopflage und lebend geboren. Nur das letzte Kind, ebenfalls Kopflage, war todt. Patientin war vor der Geburt gefallen. Patientin blieb völlig continent.

6. Blasenscheidenfistel. Narbige Stränge in der Vagina. Eine Operation. Heilung.

Frau Guérard aus Barst, 44 Jahre. 1884. Nr. 154. (Aufgenommen am 15. August.) Patientin wurde zum ersten Male am 15. April 1883 durch Zange von einem lebenden Kinde entbunden und der entstandene Dammriss genäht. Sie lag sieben Wochen im Kindsbette und verspürte hie und da Brennen beim Urinlassen. Zwei Tage nach dem Aufstehen bemerkte sie, dass der Urin beständig abtropfte. Dieser Zustand dauerte bis jetzt immer fort. Menstruation vor der Verheiratung immer unregelmässig mit grossen Pausen.

Befund: Alter Dammriss. Zu beiden Seiten der Columna rug. post. ziemlich ausgedehnte Narben. Ferner findet sich dünnes Narbengewebe direct oberhalb der Urethra nach der Clitoris hinauf und im Introitus vaginae rechts, dem absteigenden Schambeinaste entsprechend. Hier ist die Schleimhaut fest mit dem Knochen verwachsen. An der gleichen Stelle an der linken Seite fühlt man nur einige narbige Verdickungen. Vagina sehr weit; Schleimhaut im Allgemeinen glatt, dünn. Portio ist kurz und weich, nach rechts und links nicht ganz bis in das Laquear eingerissen. Vorn und etwas rechts setzt sich ein ziemlich tiefer Riss in eine lange strangartige Narbe fort, welche sich nach vorn erstreckend rechts von der Columna rug. ant. in der mit dem Knochen adhärenten Narbe endet. In der Knieellenbogenlage kann man keine Fistelöffnung entdecken.

20. August. Nach Anfüllung der Blase mit Milch dringt durch eine stecknadelkopfgrosse, in der Mitte des Septum vesico-vaginale gelegene Oeffnung Milch durch. Eine Sondirung der Fistel gelingt nicht.

28. August. Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Längsovale tiefe Anfrischung. Thymolausspülung der Blase. Silberdrahtnaht. Verweilkatheter.

1. September. Katheter entfernt; stündliche, dann zweistündliche Katheterisation. 3. September. Entfernung der Drähte. Seit gestern urinirt Patientin spontan. 9. September. Geheilt entlassen.

Nachricht vom 9. April 1892. Patientin hat das Kind gestillt. Menstruationseintritt nach der Geburt nicht anzugeben; die Periode war regelmässig alle vier Wochen. Patientin ist vollständig gesund.

7. *Blasenscheidenfistel. Eine Operation. Heilung.*

Frau Katharina Groben aus Neuglashütte bei Forbach, 26 Jahre. 1886. Nr. 77. (Aufgenommen am 22. März.) Patientin hat viermal geboren. Die drei ersten Geburten verliefen normal. Die vierte Geburt erfolgte am 9. Februar nach 30stündiger kräftiger Wehenthätigkeit. Die Hebamme soll 23 Stunden vorher die Blase gesprengt und mehrere Male versucht haben, das Kind aus der Gebärmutter zu ziehen. Das Kind wurde vollständig erst eine Stunde nach Geburt des Kopfes geboren. Kind todt, nicht besonders schwer. Am Tage der Geburt hat Patientin kein Wasser gelassen. Tags darauf ging der Urin durch die Scheide. Menstruation früher regelmässig, acht Tage dauernd.

Befund: In Höhe der vorderen Muttermundslippe eine median gelegene, kreisrunde, pfennigstückgrosse Blasenscheidenfistel mit ziemlich derben Rändern und etwas prolabirender Schleimhaut. Muttermund etwas zerfetzt; Uterus klein, antevertirt, beweglich. Urin: Trippelphosphate.

27. bis 31. März. Erste Menstruation nach der Geburt. 12. April. Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Querovale, steiltrichterförmige Anfrischung. Sieben Silbersuturen. Tamponade. Verweilkatheter.

14. April. Verweilkatheter wird entfernt; stündliche Katheterisation und vom Nachmittage ab zweistündliche spontane Entleerung des Urins. 20. April. Die Drähte werden entfernt. Patientin kann grosse Mengen Urin halten und spontan entleeren und wird am 24. April völlig geheilt entlassen.

Laut Nachricht (Arzt) vom 10. April 1892 ging in der Folgezeit nie wieder Urin durch die Scheide. Patientin wurde nochmals schwanger und starb in Folge der eingeleiteten Frühgeburt (Sonde)

an Pyämie (Section) am 22. März 1890. Das sieben Monate alte todte Kind wurde am Tage zuvor geboren, die Einleitung der Frühgeburt am 15. März begonnen.

8. Blasenscheidenfistel. Eine Operation. Heilung.

Frau Franziska Wagner aus Teterchen bei Bolchen, 40 Jahre. 1886. Nr. 87. (Aufgenommen am 22. April.) Erste und einzige Geburt am 20. December 1885. Zange nach $1^1/_2$tägiger Wehenthätigkeit. Das Kind lebte nur einige Minuten. Ein entstandener Dammriss wurde genäht. Vom zweiten Tage nach der Geburt floss der Urin per vaginam ab. Die Menses cessiren, waren früher regelmässig. Seit der Geburt eigensinniges Benehmen und Aufgeregtheit, was nach Angabe des Mannes früher nicht bestanden haben soll.

Befund: Tiefer, mit vielstrahliger Narbe geheilter Dammriss. Portio ziemlich dick, links solid mit der Laquearwand verwachsen, so dass hier gar kein Gewölbe besteht. Ein Narbenstrang zieht von hier in's linke Parametrium. Uterus unerheblich vergrössert, antedextrovertirt. Vom vorderen Laquear zieht etwas rechts von der Medianlinie eine schmalwulstige Narbe, etwa 6 Centimeter lang, auf die vordere Scheidewand herab. Fast am unteren Ende dieser Narbe befindet sich ein für eine Uterussonde durchgängiges, in die Blase führendes Loch. Urin etwas trüb, sauer.

29. April. Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Längsovale Anfrischung. Verschluss durch fünf Silberdrähte. Tamponade.

9. Mai. Bis zum 3. Mai wurde katheterisirt. Heute Entfernung der Drähte. Heilung per primam. 15. Mai. Patientin wird mit völlig normal functionirender Blase entlassen. 23. Mai. Patientin kehrt behufs Dammplastik zurück und wird nach gelungener Operation am 19. Juni entlassen.

Nachricht vom 6. April 1892 (Arzt). Die Regel kehrte seit der Geburt nicht wieder und folgte auch keine weitere Geburt. Patientin blieb continent.

9. Blasenscheidenfistel. Eine Operation. Heilung.

Frau Marie Helferich aus Leimen, 40 Jahre. 1886. Nr. 103. (Aufgenommen am 4. Mai.) Die elf ersten Geburten verliefen leicht. Bei der zwölften Geburt am 17. Februar wurde mit der Zange ein todtes, nicht auffallend grosses Kind extrahirt. Fieberhaftes Wochenbett. Seit dem Aufstehen am achten Tage ging das Wasser fortwährend tropfenweise ab. Stuhl angehalten. Menstruation früher regelmässig.

Befund: Portio stark zerklüftet. Uterus klein, beweglich, antevertirt. Von der vorderen Lippe aus geht eine Narbe an der vorderen Scheidenwand ziemlich median bis in die Mitte derselben und endet dort in einem für eine dünne Sonde durchgängigen Loche. Becken normal.

6. Mai. Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Flachtrichterförmige, breite Ausschneidung der Fistel in toto. Vereinigung der Wunde durch fünf Silberdrähte. Tamponade. Permanenter elastischer Katheter.

8. Mai. Tampon und Katheter entfernt. Spontane Urinentleerung. Am 11. und 12. Mai Periode. 14. Mai. Die Drähte werden fortgenommen und Patientin völlig continent am 18. Mai entlassen. — Auf Anfrage keine Nachricht.

10. Blasenscheidenfistel. Operation. Heilung. Zweite Geburt, todtes Kind. Kein Fistelrecidiv. Dritte Schwangerschaft, Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Lebendes Kind. Kein Fistelrecidiv. — Neue Fistel unterhalb der alten Fistelnarbe im achten Monate der vierten Gravidität entstanden. Operation. Heilung. Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Lebendes Kind. Kein Fistelrecidiv.

Frau Rosina Schiller aus Lierbach, 28 Jahre. 1887. Nr. 156. (Aufgenommen am 20. Juni.) Hat im November vorigen Jahres zum ersten Male geboren. Die Geburt dauerte fast drei Tage und wurde durch Perforation beendet. Schweres Wochenbett unter Fieber und Schmerzen im ganzen Leibe, zwölf Wochen lang. Im Wochenbette musste sie häufig katheterisirt werden und bemerkte auch fast andauerndes Abfliessen von Urin durch die Scheide. Patientin lässt zwei- bis dreimal täglich willkürlich Urin. Patientin lernte erst im vierten Jahre gehen. Hochgradige Obstipation; heutiger Befund per vaginam deshalb unsicher.

22. Juni. Befund: Patientin hat ordentlich abgeführt. Scheide weit und schlaff, vordere Wand herabhängend. Portio ungemein zerklüftet. Die Einrisse rechts und links setzen sich als Narben in's Laquear fort. Muttermundslippen sind auf ein Minimum reducirt, ektropionirt. Uterus nach rechts liegend, retrovertirt. Etwas rechts von der Mittellinie und ungefähr 1 Centimeter unterhalb der Portio erscheint in Linksseitenlage am deutlichsten ein haarfeines Löchelchen, durch welches sich eine dünne Sonde in die Blase einführen lässt. Unter der Fistel bildet die Scheidenschleimhaut einen kleinen Bürzel, der eine blindendigende Vertiefung zeigt. Becken: Dist. sp. 25; Dist. crist. 29·25; Dist. troch. 31; Conj. ext. 17; Conj. diag. 9·5 bis 9. Schambogen weit, Os sacrum gut gewölbt. Geringer Rosenkranz; Oberschenkel verkrümmt. Urin klar, sauer.

28. Juni. Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose. Ausgiebige, myrthenblattförmige Anfrischung. Quere Vereinigung durch fünf Silberdrähte. Tamponade.

7. Juli. Vom Tage nach der Operation entleert Patientin allen Urin willkürlich. Vom 4. Juli bis heute schwache Menstruation. 12. Juli. Vor drei Tagen wurden die Drähte entfernt. Patientin verlässt heute völlig continent die Anstalt.

Wiedereintritt am 20. März 1890. Nr. 126. Patientin blieb bis jetzt völlig continent. Am 26. Januar 1889 kam sie zum zweiten Male nieder. Mit der Zange wurde ein todtes Kind extrahirt. Patientin ist jetzt zum dritten Male schwanger. Letzte Regel 13. bis 17. Juli 1889.

Befund: Uterus fast bis zum Rippenbogen reichend und nach rechts liegend. Kindskopf über dem Becken beweglich. Rücken rechts, Steiss in Nabelhöhe rechts, kleine Theile links. Kindliche Herztöne rechts. Vagina glatt; im oberen Drittel eine zunächst quer, dann nach unten links ziehende, strangförmige Narbe. Portio kurz, nach rechts verschoben. Aeusserer Muttermund für zwei Finger durchgängig. Die Ränder rechts und hinten scharf. Man gelangt direct auf die Fruchtblase und den noch hochstehenden Kopf. Wenig Vorwasser. Kopf extramedian gestellt.

21. März, 11 Uhr 30 Vorm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche. Einlegung eines Bougies. 5 Uhr 30 Nachm. zweites Bougie. 9 Uhr 30 insensible Wehen, durch die aufgelegte Hand nachweisbar. Drittes Bougie.

22. März, 11 Uhr Vorm. Bougies sind ausgetrieben, werden wieder eingelegt.

23. März, 10 Uhr Abends. Im Laufe des Tages jede Viertelstunde, später öftere, aber schwache Wehen. Bougies werden entfernt. Blase gesprungen, Muttermund bedeutend erweitert, nach links ganz verstrichen, nach rechts und nach vorn noch als harter Saum zu fühlen. Muttermund ist quer erweitert, so dass die zwei untersuchenden Finger weit gespreizt werden können. Die hintere fast ganz verstrichene Lippe befindet sich gerade in der Höhe des Promontoriums, die vordere etwa in der Mitte der Symphyse. Der Kopf hat sich in vorderer Scheitelbeinstellung eingestellt, mit der kleinen Fontanelle rechts, und nimmt mehr die rechte Beckenhälfte ein, während die linke zum grossen Theile noch nicht ausgefüllt ist und die Gesichtspartie noch hoch über dem Becken steht. Kindliche Herztöne 150.

24. März, 1 Uhr Nachts. 38·1. Puls 102. Wehen sind gut. Muttermund bereits mehr geöffnet. Die Gesichtsseite ist tiefer (in den Beckeneingang) getreten. Die Pfeilnaht verläuft ganz in der Nähe des Promontoriums, so dass man jetzt bereits bei quer-

verlaufender Pfeilnaht in der Höhe der Lin. innominatae gleich links vom Promontorium an die grosse Fontanelle kommt; die kleine Fontanelle ist etwas in die Höhe gerückt und so der Betastung durch den Finger unzugänglich. Der Kopf beginnt sich gut zu conformiren. Kopfgeschwulst am vorderen Scheitelbein, entlang der Pfeilnaht. 4 Uhr Morgens. Gute Presswehen seit einer Stunde. Vordere Muttermundslippe gleichfalls jetzt verstrichen; die vordere Vaginalwand hängt aber mit der Blase noch ganz schlaff in die Scheide hinein. Die Conformirung des Kopfes macht Fortschritte. 9 Uhr Vorm. Die Wehen dauern fort, sind ziemlich regelmässig und kräftig, werden aber von der erschöpften Kreissenden nur noch schlecht verwerthet. Die Kopfgeschwulst ist viel grösser geworden, die Pfeilnaht tiefer und mehr nach der Beckenachse zu getreten. Die grosse Fontanelle links steht bedeutend unter der Lin. innominatae. Rechts kommt man nicht zur kleinen Fontanelle. Da die kindlichen Herztöne, wenngleich regelmässig, doch langsamer werden (120), so erscheint eine Beschleunigung der Geburt im Interesse des Kindes geboten. Es wird deshalb in Narkose mittelst der Hofmeier'schen Expressionsmethode direct auf den Kopf ein beiderseitiger Druck ausgeübt (vom Prakticanten), zugleich vom Assistenten die Bewegungen des Kopfes durch die innere Exploration controlirt und mit der anderen Hand über der Symphyse in der Richtung der Conjugata ein Druck auf den Kopf ausgeübt. Auf diese Weise gelingt es den Kopf, besonders während der Wehe, tiefer in's Becken zu pressen, so dass nach mehreren Versuchen auch die kleine Fontanelle tiefer in's Becken tritt und schliesslich ungefähr in einer Höhe mit der grossen steht. Die kindlichen Herztöne bleiben regelmässig, verlangsamen sich aber etwas. 9 Uhr 30 Vorm. Jetzt wird die Tarnier'sche Zange im queren Durchmesser applicirt und der Kopf langsam extrahirt. Der Kopf folgt ziemlich leicht und wird das Kind in zweiter Hinterhauptlage entwickelt. Kind tief asphyktisch, blau; nach einer Viertelstunde belebt. Hinterhaupt stark entwickelt. 1. Kleiner querer Durchmesser 8, 2. grosser querer Durchmesser 9, 3. Umfang 32. Länge des Kindes 46. Bedeutende Depression des rechten Os parietale und frontale, besonders an der Coronarnaht. Starke Kopfgeschwulst auf dem linken Parietale, besonders in der Mitte zwischen grosser und kleiner Fontanelle. Am rechten Scheitelbeine eine Druckspur vom Promontorium, Zangeneindrücke an der Nasenwurzel, rechtem Augenlid, Stirn und Hinterhaupt. Uterus zeigt geringe Neigung zur Contraction. 10 Uhr 30 Vorm. Bei Gelegenheit von Hustenparoxysmen entleerten sich bedeutende Mengen von Blutcoagulis. Es blutet leicht weiter. Credé. Eihautriss reicht bis zum Placentarrande. Heisse Vaginalausspülung, Secale, Sandsack wegen Erschlaffung des Uterus und Blutung.

2. April. Wochenbett bis jetzt völlig normal. Das Kind litt in den ersten Tagen häufig an tonischen Krämpfen der oberen und unteren Extremitäten; besonders war die rechte Seite daran betheiligt; ferner Verdrehung der Augen, Divergenzstellung. In den letzten Tagen Abnahme der Krämpfe; gestern ein solcher Anfall andeutungsweise. Kind bekommt Muttermilch aus der Flasche, später Kuhmilch. 3. April. Uterus gut involvirt. Lochia alba. Uterus in toto nach rechts verlagert. Portio nicht ausgebildet. Vordere Lippe nur angedeutet, statt deren die Narbe im vorderen Laquear. Muttermund noch geöffnet. Gewicht des Kindes 2470 Gramm, Kopfumfang 33·5 Centimeter. Deformität des Schädels noch ausgesprochen; linkes Scheitelbein convexer, rechtes mehr abgeplattet. Das Kind macht einen guten Eindruck. Entlassung.

Wiedereintritt am 23. April 1891. Patientin hatte die letzte Regel Ende September 1890 und ist im achten Monate ihrer vierten Schwangerschaft. Sie befand sich vollkommen wohl bis zum 20. d. M., wo sie plötzlich Wasser aus der Scheide verlor. Sie glaubte, die Fruchtblase sei gesprungen, und suchte daher die Klinik auf. Der letzte Coitus soll am 16. April stattgefunden haben. Intravaginale Manipulationen irgend welcher Art werden durchaus in Abrede gestellt. Das vorige Kind starb, acht Monate alt, an Krämpfen.

Befund: Abdomen wenig gewölbt; kleine Theile rechts, Rücken links, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Uterus zwei Querfinger über dem Nabel. Herztöne links unter dem Nabel. Scheide weich, aufgelockert. Vordere und hintere Columna wölben sich stark vor. Aus der Scheide geht Urin ab, der übrigens in ziemlich grossen Quantitäten auch spontan entleert wird. Beim Eingehen findet man in der vorderen Wand einen weichen Lappen, welcher in die Scheide hineinhängt. Er erweist sich beim näheren Zusehen als ein in die Scheide hineinragender Trichter (der früher erwähnte Bürzel) mit erodirten Rändern, in dessen Tiefe eine Oeffnung in die Blase führt. Die Narbe der alten Fistel über dem Trichter in der Scheide. Portio fehlt fast vollständig; man kommt aus der Scheide direct in den Muttermund, der für zwei Finger bequem durchgängig ist. Kein vorliegender Theil zu fühlen.

30. April. Aus dem in die Scheide hineinragenden Fisteltrichter wird ein kleines Stück excidirt, die Wunde mit Seide vernäht. Mikroskopisch: Auf beiden Seiten Plattenepithel mit Stachelzellen in den tieferen abgeschabten Schichten.

2. Mai. Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose. Der Fisteltrichter wird mit Häkchen auseinander gezogen, ein Schleimhauttrichter ausgeschnitten und die Anfrischung quer vereinigt mit drei Silberdrähten, welche noch durch vier oberflächliche Silberdrähte gesichert werden. Jodoformgaze-Tamponade. 3. Mai. Tampon wird

entfernt. 14. Mai. Patientin hat seit der Operation vollständige Continenz gehabt. Entfernung der Drähte. Prima reunio. 16. Mai. Kind in zweiter Schädellage, lebend. Entlassung. Wiederbestellt auf den 6. Juni.

Wiedereintritt am 6. Juni 1891. Gravida ist völlig continent geblieben. Das Kind liegt in zweiter Schädellage mit guten Herztönen und bewegt sich lebhaft. In der Fistelnarbe liegt noch ein Silberdraht. Der Kopf liegt beweglich vor, neben ihm eine Hand, beides durch den zerrissenen, weit offenen Muttermund leicht durchzufühlen. Der Kopf erscheint gross und hart. Kurella: In der Nacht drei Stühle.

7. Juni. Ein heisses Bad; Scheidenausspülung. Entfernung des zurückgebliebenen Silberdrahtes. 10 Uhr 15 Vorm. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt wird ein dickes Bougie eingeführt. Nachdem dasselbe ein Stück weit vorgedrungen ist, ohne die Eihäute zu verletzen, geräth es schliesslich doch noch in den Eihautsack. Zunächst kein Wasserabgang. Tamponade der Scheide. 10 Uhr 30 Vorm. Schleichender Wasserabgang. Die Blase wölbt sich vor. Muttermund dreimarkstückgross. Keine Wehen subjectiv noch objectiv nachweisbar. 9 Uhr Abends. Temperatur und Puls den ganzen Tag normal. Kindliche Herztöne gut. Andauernd etwas Wasserabgang. Kreissende gibt an, keine Wehen zu spüren. Die aufgelegte Hand weist aber jetzt eine deutliche Contraction des Uterus nach.

8. Juni. 4 Uhr 30 Morgens. Kreissende fängt an zu pressen, nachdem sie die Nacht über etwas geschlafen, aber seit 10 Uhr gestern Abends ziemlich häufige und kräftige Wehen gefühlt hat. Die Wehen sind jetzt häufig, von etwas kurzer Dauer. Kreissende presst aber sehr energisch mit. Das Bougie ist halb ausgetrieben und wird entfernt. Temperatur 37·7. Puls 88. Blase gesprungen. Kopf liegt dem Beckeneingang, besonders in der Wehe, fest aufgedrückt. Kleine Kopfgeschwulst auf dem linken Scheitelbeine. Kleine Fontanelle rechts ganz am Beckenrande, an der Lin. innom. zu fühlen. Pfeilnaht dem Promontorium genähert. Grosse Fontanelle nicht zu erreichen. Kopfknochen hart. Der Kopf steht extramedian in der rechten Beckenhälfte; die linke ist zum grossen Theile frei. 9 Uhr Vorm. Die äussere Untersuchung ergibt, dass der Kopf unter fortwährend guten Pressversuchen fest in's Becken eingetreten ist. Herztöne gut. Temperatur 37·7.

11 Uhr 30 Vorm. Der Kopf wird unter starken Presswehen in der Scheide sichtbar. Herztöne etwas frequent. Temperatur 37·3. Vorn unter der Symphyse steht die kleine Fontanelle. Starke Kopfgeschwulst. Der Kopf tritt tiefer und 11 Uhr 40 Vorm. mit dem Ritgen'schen Handgriffe aus in zweiter Lage. Einfache feste

Nabelschnurumschlingung wird über die Schulter zurückgestreift. Der Rumpf folgt rasch. Keine Verletzung der Weichtheile, keine abnorme Blutung. Das stark cyanotische Kind athmet nicht, hat langsamen Puls. Es wird nach fünf Minuten belebt. Eine sehr starke, dunkelblau-schwarze Kopfgeschwulst befindet sich besonders auf dem linken Scheitelbeine; jedoch steht das rechte höher als das linke. Blauschwarze Druckmarken über dem rechten Obre und vorne auf dem linken Scheitelbeine. Oedem der Augenlider und des Scrotums. Das Kind ist nahezu reif, 37. bis 38. Woche, männlich. Gewicht 2965 Gramm. Länge 52 Centimeter. Kopfmasse: 1. Kleiner querer Durchmesser 8, 2. grosser querer Durchmesser 9, 3. gerader Durchmesser 11, 4. kleiner schräger Durchmesser 9·5, 5. grosser schräger Durchmesser 13, 6. Umfang 34.

Nach der Geburt wird katheterisirt. Urin trüb; kleine Flocken, viel Eiweiss, sauer. Mikroskopisch: Massenhafte gerade und gewundene körnige, weniger hyaline, zum Theil Rundzellencylinder. Plattenepithelien spärlich. 12 Uhr 20 Nachm. Spontane Geburt der Placenta. Eihautriss klein, nahe der Placenta. Ein zweiter Riss höher oben (Bougie).

16. Juni. Vollständig normales Wochenbett. Die Fistel ist nicht wieder aufgetreten. Im Urin kein Eiweiss. Kind vom sechsten Tage ab leicht ikterisch. Die Druckmarken sind gänzlich geheilt. Kind ist munter, hat 65 Gramm abgenommen. Entlassung.

11. Blasenscheidenfistel. Nach zweimaliger Anlegung einer trockenen Naht Heilung durch eine blutige Operation. Zweite Geburt: Kind stirbt nach neun Stunden. Kein Fistelrecidiv. Dritte Geburt: künstliche Frühgeburt; Kind blieb am Leben. Kein Fistelrecidiv.

Frau Marie Feschard aus Kaysersberg, 28 Jahre. 1887 Nr. 244 a. (Aufgenommen am 30. September.) Patientin hat zum ersten Male, und zwar in der Klinik am 20. September geboren. Der Geburtsverlauf war folgender: Wehenbeginn am 18. September.

Befund: Nach der Aufnahme in's Kreisszimmer am 19. September, 10 Uhr Abends. Kleine Fontanelle rechts hoch vorn, grosse tieferstehend, links hinten Stirnnaht zu fühlen. Kopf noch etwas beweglich.

20. September, 7 Uhr Früh. Die ganze Nacht hindurch kolossal starke Wehen. Der Kopf ist im kleinen Becken. Die kleine Fontanelle ist tiefer und mehr nach hinten getreten; die grosse ist nicht zu erreichen. Sagittalnaht im linken schrägen Durchmesser. Starke Kopfgeschwulst. Uterus sehr hoch gestiegen. Katheterisation gelingt nicht. Keine Andeutung von Cervixdehnung. 9 Uhr 30. Durch Katheter wird etwa 25 Kubikcentimeter blutigen, trüben, sehr

eiweissreichen Urins entleert. Die Kopfgeschwulst im Scheideneingang sichtbar. Die kleine Fontanelle hat sich nach vorn gedreht, die Sagittalnaht steht aber noch im schrägen Durchmesser. 11 Uhr 30. Die Wehen haben fast aufgehört. Ein Bad verstärkt dieselben nicht wesentlich. 12 Uhr 30 Nachm. Der Kopf steht noch mit der Sagittalnaht im schrägen Durchmesser. Es wird die Zange angelegt und die Sagittalnaht dabei in den geraden Durchmesser eingestellt. Das asphyktische Kind wird belebt. Grosse Kopfgeschwulst, vornehmlich auf dem hinteren Theile des linken Scheitelbeines. Am rechten Stirnbeine Druckmarke vom Promontorium. Zangenmarken auf dem linken Stirnbeine und rechts hinter dem Ohre (Facialis-Irritation). Placenta wird nach einer halben Stunde spontan geboren. Mittelgrosser seitlicher Scheidenriss. Keine Naht. Kind männlich. Gewicht: 3075 Gramm. Länge: 52·5 Centimeter. Kopfmasse: 1. Kleiner querer Durchmesser 7 Centimeter, 2. grosser querer Durchmesser 8 Centimeter, 3. gerader Durchmesser 11 Centimeter, 4. kleiner schräger Durchmesser 9 Centimeter, 5. grosser schräger Durchmesser 13 Centimeter, 6. Umfang 34·5 Centimeter. 1 Uhr 30 Nachm. Katheterisation: 150 Kubikcentimeter blutiger, trüber, eiweisshaltiger Urin.

24. September. Kind stirbt. Sectionsbefund: Rechts Pneumonia haemorrhagica und interstitielles Emphysem. Kleine Hämorrhagien an der Medulla spinalis. Der Harn der Mutter war von der Geburt an sehr trübe, flockig-eiterig; auch war von Anfang an die Unterlage nass. Patientin wurde bis zum 25. September zwei- bis dreistündlich katheterisirt, liess aber auch willkürlich Wasser bis zu $^1/_2$ Liter. Am 28. September wird eine Blasenscheidenfistel constatirt.

5. October. Befund: An Rippen und Extremitäten geringe Anzeichen von Rhachitis. Beckenmasse: Dist. sp. 25·5; Dist. crist. 27·5; Conj. ext. 16·5. Scheide eng. Bei Spiegeluntersuchung wird etwa $^1/_2$ Centimeter unterhalb der vorderen Muttermundslippe ein nicht ganz kirschgrosser, unregelmässig gestalteter Defect der vorderen Vaginalwand constatirt, der zum Theil durch einen völlig losgelösten nekrotischen Pfropf ausgefüllt wird. Letzterer wird entfernt. Tamponade der Scheide mit Glycerintampons. Permanenter Nélaton. Täglich zwei Blasenausspülungen.

12. October. Trockene Naht. Die vordere Muttermundslippe, die sich in die Fistel hineingeschlagen hat, wird mit Häkchen hervorgeholt und hierauf die querovale Fistel durch vier Silberdrähte vereinigt. Jodoformgaze-Tamponade. Nélaton.

21. October. Der Katheter wurde zwei Tage nach der Operation entfernt. Seit drei Tagen geht wieder der Urin durch die Scheide. Die Nähte werden entfernt. In der Mitte der sonst geschlossenen Narbe restirt ein spaltförmiger Fistelraum. Da Patientin unter Schmerzen im Leibe (rechte Nierengegend) und bei noch immer reichlich eiweisshaltigem Urin unregelmässige Temperatursteigerungen

hatte, so wird erst am 1. November zum zweiten Male eine trockene Naht angelegt. Die jetzt rundliche, für einen Katheter durchgängige Fistel wird durch drei Silbersuturen geschlossen. Verweilkatheter.

4. November. Der Verweilkatheter wurde nicht gut vertragen und deshalb vor zwei Tagen fortgelassen. Der Urin geht wieder durch die Scheide. 13. November. Erste Menstruation seit der Geburt.

1. December. Operation: Steissrückenlage, ohne Narkose. Sänger'sche Beinhalter. Breite trichterförmige Anfrischung der jetzt für einen dicken Katheter durchgängigen Oeffnung. Die Anfrischung geht weit in die vordere Muttermundslippe. Vereinigung der Wundränder in sagittaler Richtung (Silberdraht). Jodoformgaze-Tamponade. Verweilkatheter. 2. December. Patientin lässt den Urin spontan. Am 9. December werden die Nähte bei absolut trockener Narbe entfernt und am 11. December Patientin mit völliger Continenz entlassen.

Nachricht (Arzt) vom 8. April 1892. Patientin hat noch zwei weitere Geburten durchgemacht. Die erste davon war eine Fusslage. Das Kind lebte neun Stunden; die zweite war eine künstliche Frühgeburt (Douche) im achten Monate mit noch jetzt lebendem Kinde (Kopflage). Beide Geburten haben die Function der Blase in keiner Weise geschädigt.

12. Blasenscheidenfistel. Stark narbig verengte Scheide. Atresie der Harnröhre. Durch je eine Operation völlige Heilung. Zweite Geburt bewirkte kein Recidiv.

Frau Katharina Witz aus Schlettstadt, 21 Jahre. 1888. Nr. 185. (Aufgenommen am 7. August.) Hat das erste Mal am 27. Juni nach zweitägiger kräftiger Wehenthätigkeit spontan ein schweres todtes Kind geboren. Der Kopf soll nach Aussage der Hebamme lange im Beckenausgange gestanden haben. Die ersten acht Tage musste der Urin zweimal täglich mit dem Katheter entleert werden. Vom neunten Tage ab unwillkürlicher Urinabgang, der bis zur Stunde anhielt. Menstruation früher regelmässig, aber spärlich, hat sich vor einigen Tagen wieder gezeigt.

Befund: Deutliche Zeichen überstandener Rhachitis. Scheide ungemein eng und verzerrt. Portio ganz unter Narben versteckt. Unmittelbar über den Hymenresten ein für eine Fingerkuppe bequem zu passirende Blasenscheidenfistel mit ganz dünnen, total narbigen Rändern. Urethra endet blind, nicht einmal für die feinste Sonde zu passiren. Becken: Dist. sp. 22; Dist. crist. 27; Conj. ext. 17. Urin normal.

12. August. Nach mehreren Versuchen, die Urethra permeabel zu machen, wird mit einem starken männlichen Katheter gegen den in die Fistel eingeführten Finger das blinde Ende (die Narbe)

unter Anwendung mässiger Gewalt durchdrängt. Geringer Schmerz, unbedeutende Blutung. Einlegung eines Bleibougies. Manuelle Dehnung und Tamponade der Vagina. Vom 28. August bis 1. September bestehen heftige Kreuzschmerzen und mässiges Fieber. Beide Erscheinungen gehen bei Eintritt der Regel am 1. September rasch zurück. Letztere dauert drei Tage.

5. November. Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose. Fistel lässt sich mässig gut herunterziehen. Sondirung und $^1/_2$ Centimeter weites Aufschlitzen des rechten Ureters. Der linke wird nicht gefunden. Sehr breite quere mühsame Anfrischung. Vereinigung der Wundränder durch drei tiefumfassende und mehrere oberflächliche Drahtsuturen. Jodoform-Tamponade. S-förmiger Verweilkatheter.

7. November. Von jetzt ab stündlicher Katheterismus, dann alle $2^1/_2$ bis 5 Stunden (Nachts). 14. November. Patientin kann noch nicht spontan uriniren. Entfernung der Nähte. Heilung ist per primam ohne jede Reaction erfolgt. 18. November. Patientin wird heute, nachdem sie vor drei Tagen zum ersten Male spontan Urin entleert hat, geheilt entlassen. Sie entleerte dreistündlich willkürlich den Harn.

Nachricht vom 9. April 1892. Patientin hat spontan am 4. November 1889 nach nur fünfstündiger Wehenthätigkeit ein ausgetragenes, lebendes, kräftiges Mädchen geboren und erwartet die nächste Niederkunft im Mai dieses Jahres. Patientin ist völlig geheilt geblieben.

13. Blasenscheiden- und Scheidenmastdarmfistel. Fast vollständiger Defect des Septum vesico-vaginale. Quere Obliteration der Scheide nach vier vorangegangenen Operationen. Zwei Nachoperationen. Ungeheilt entlassen.

Frau Katharina Münch aus Berlingen bei Pfalzburg, 28 Jahre. 1889. Nr. 33. (Aufgenommen am 4. Mai.) Vor vierzehn Tagen kam Patientin nach 26stündiger Geburtsarbeit ohne Kunsthilfe zum ersten Male nieder. Die Wässer sollen bereits eine Stunde nach dem Wehenbeginne gesprungen sein. Kind todt. Nachgeburt manuell entfernt. Patientin weigerte sich, den entstandenen Dammriss nähen zu lassen. Vor fünf Tagen wurde vom Arzte eine Vesico-Vaginalfistel constatirt. Menstruation früher immer unregelmässig.

Befund: Nicht geheilter Dammriss. Reichliche Puerperalgeschwüre. Etwa 3 Centimeter hoch in der hinteren Vaginalwand ein für einen Finger durchgängiges Loch, das in das Rectum führt. Die hintere Blasenwand zum grössten Theile nekrotisirt und vom Cervix vollständig abgelöst. Zwei Finger können bequem in die Blase eingeführt werden. Der grosse nekrotische Fetzen hängt weit in die

Blase hinein. Muttermund zerklüftet. Uterus um das Dreifache vergrössert, antevertirt. Beide Parametrien infiltrirt. Vorbereitung.

14. Mai. Entfernung der letzten nekrotischen Stücke. Die Rectovaginalfistel ist kaum noch für den Finger durchgängig. Die hintere Wand der Blase fehlt fast vollständig. Harnröhre nur 1·5 Centimeter lang. 21. Mai. Ganze Scheide durch Narbenstränge sehr verengt. 24. Mai. Erste Operation. Drei Drähte werden trocken durch die Mastdarmfistel gelegt. 27. Mai. Mittlerer Draht hat durchgeschnitten, wird entfernt. Dickes Drainrohr in den Mastdarm, wird am 5. Juni ausgestossen.

21. Juni. Die hintere Scheidenwand ist jetzt so weit vernarbt und hart, dass die Anfrischung der Rectovaginalfistel unternommen werden kann. Die vordere Scheidenwand fehlt fast vollständig. Die Harnröhre ist 1·2 Centimeter lang. Die Blasenscheidenfistel umsäumt ein ausserordentlich scharfer Rand, der von festen Narben gebildet wird, welche die Scheide bedeutend verengern. Durch die Blase fühlt man den kleinen Uterus antevertirt. Zweite Operation, ohne Narkose. Nachdem die Rectovaginalfistel durch einen Spiegel, der die vordere Wand der Scheide emporhebt, und zwei Plattenhäkchen, die seitlich eingreifen, freigelegt ist, wird dieselbe in breiter Ausdehnung angefrischt und durch vier Silberdrähte zusammengeschnürt. Tamponade der Vagina. In den Mastdarm ein grosses Drainrohr, das am Damm festgenäht wird.

28. Juni. Drei Drähte entfernt. Fistel scheint geschlossen. Stuhlgang seit drei Tagen durch den After. 1. Juli. Kurz nach Entfernung dieser Drähte hat sich wieder eine kleine Kothfistel gebildet. Der vierte Draht wird entfernt.

10. Juli. Dritte Operation. Breite Anfrischung, vier Drähte. 16. Juli. Die mittleren Drähte haben durchgeschnitten. Winde passiren wieder ein kleines Loch. Entfernung der Drähte. Vom 13. bis 29. Juli Temperatursteigerungen.

5. August. Rectovaginalfistel lässt einen Katheter bequem durch. Patientin wird auf Wunsch vorläufig entlassen.

Wiederaufnahme Ende November.

Befund: Scheideneingang nur für einen Finger durchgängig. Die Blasenscheidenfistel hat sich narbig verkleinert. Hinten stülpt sich in der Rectovaginalfistel die Mastdarmschleimhaut herniös vor. Der grosse Blasendefect ist von scharfen Rändern begrenzt. Urethra und Sphinkter nehmen mit an der Fistel Theil. Der linke derselben geht bis an die Beckenwand, an welcher er fixirt ist. Es wird beschlossen, zunächst diese Seite abzulösen, anzufrischen und zu nähen. Nach guter Vorbereitung durch zwei Sitzbäder pro die vierte Operation am 18. December. Bei in Rückenlage narkotisirter Patientin wird der linke Rand so weit nach hinten, vorne und

seitlich angefrischt wie möglich und dann durch drei Silberdrähte geschlossen.

26. December. Entfernung der Drähte. Unter Berücksichtigung des Verhaltens der Urethra, des grossen Substanzverlustes des Septum vesico-vaginale, der Narbenspannung der Vagina und der noch bestehenden Rectovaginalfistel wird am 14. Januar 1890 der Versuch der queren Obliteration der Scheide gemacht. Zunächst wird die Gegend über der Mastdarmfistel etwa 2 Centimeter breit angefrischt, dann die Seitentheile der Vagina und schliesslich der untere Rand der Blasenscheidenfistel und ein Theil der Urethra. Starke Blutung. Fünf Drähte. Vagina schliesst gut. Nélaton. Urin am ganzen Tage klar.

22. Januar. Entfernung der Drähte. Vagina anscheinend geschlossen. Urethra sehr weit. 3. Februar. Auf der linken Seite restirt eine 1·5 Centimeter breite Oeffnung. Anfrischung, drei Drähte, Nélaton. 15. Februar. Vor drei Tagen Entfernung der Drähte. Eine kleine Oeffnung blieb zurück. Auf Wunsch Entlassung.

Wiedereintritt am 5. Mai. Seit der Entlassung ist die Menstruation zweimal aufgetreten. Beiderseits in den Ecken stecknadelkopfgrosse Fisteln, aus denen Urin fliesst; ausserdem die Kothfistel. Zwei spätere Nachoperationen bringen geringe Besserung, aber keine Heilung.

14. Blasenscheidenfistel. Verwachsung des unteren Fistelrandes mit der vorderen Blasenwand. Ringförmige, für den Finger eben durchgängige Stenose der Scheide. Drei Operationen. Heilung.

Lansecker Lucie aus Morschweiler, 30 Jahre. 1891. Nr. 31. (Aufgenommen am 3. März.) Hat Ende December 1890 zum ersten Male nach $1^1/_2$tägiger kräftiger Geburtsthätigkeit und erfolglosem Zangenversuche spontan geboren. Mit dem todten Kinde kam zugleich die Nachgeburt. Sofort nach der Geburt ging das Wasser unwillkürlich ab. Die Menstruation war früher regelmässig.

Befund: Etwa 1·5 Centimeter über dem Sphinkter befindet sich eine Blasenscheidenfistel, die einen Finger leicht passiren lässt. Dicht über dem oberen Fistelrande ist eine narbig stricturirte Stelle der Vagina, die für einen Finger eben durchgängig ist und welche dann weiter oben zum Muttermunde führt. Das rechte Laquear wird durch eine narbige Brücke in ein vorderes und ein hinteres Fach getheilt. Uterus retrosinistroflectirt. Bei einem Sondirungsversuche der Blase per urethram erweist sich der untere Fistelrand mit der vorderen Blasenwand verwachsen, so dass also nur ein kleiner Theil der Blase überhaupt noch in directer Communication mit der Harnröhre steht. Die Verwachsung wird jedoch durch leichtes Vor-

drängen mit einer Uterussonde leicht gelöst. Bei der Lage à la vache drängt sich Schleimhaut der hinteren Blasenwand vor. In der Mitte der prolabirten Partie liegt die Mündung eines Ureters, aber so weit entfernt vom Fistelrande, dass bei der Operation eine Gefahr für ersteren nicht vorhanden ist. Narbenzüge gehen zu beiden Seiten an den Ramus descend. ossis pubis.

6. März. Erste Operation: Linksseitenlage, Chloroformnarkose. Nach stumpfer Erweiterung der Urethra durch einen zangenähnlich construirten Dilatator zur Befreiung derselben und des unteren Blasentheiles von den fixirenden beiderseitigen Narbensträngen wird die erwähnte Vaginalstrictur beiderseits eingeschnitten, um auch für den oberen Fistelrand die nöthige Beweglichkeit zu erzielen. Dann wird der Fistelrand rings breit angefrischt und die wunden Flächen durch vier grössere und mehrere kleinere Silbersuturen vereinigt. Tamponade; Dauerkatheter (Nélaton).

12. März. Seit gestern wurde der Katheter weggelassen. Ein Draht ist aufgesprungen und an dieser Stelle restirt eine kleine fistulöse Oeffnung, durch welche Urin abgeht. Entfernung der Drähte. Patientin steht auf.

25. März. Zweite Operation: An zwei fast symmetrischen Stellen der Narbe bestehen fistulöse Oeffnungen, die durch breite Anfrischung und Naht geschlossen werden.

7. April. Die Oeffnung auf der rechten Seite ist nicht ganz verheilt. Entfernung der Drähte. Patientin kann das Wasser gut halten und spontan lassen, so lange sie auf dem Rücken liegt. 10. bis 13. April. Erste Regel post partum. 23. April. Es besteht eine Parese des Sphinkter; durch die Scheide geht kein Urin. 25. April. Nach dreimaliger Faradisation des Sphinkter hat sich die Continenz bedeutend gebessert. Entlassung.

Wiedereintritt am 8. Juli 1891. Seit vier Wochen fliesst wieder andauernd Urin unwillkürlich ab. Menstruation ungestört.

Befund: Neben der alten Fistelnarbe befindet sich ein etwa stecknadelkopfgrosses Loch (alter Stichcanal), aus dem deutlich Urin abfliesst.

13. Juli. Dritte Operation, ohne Narkose. Anfrischung, Schluss durch drei Drähte.

11. August. Die Drähte wurden vor etwa 14 Tagen entfernt. Patientin klagte hin und wieder über Harnträufeln. Die Wunde ist vollkommen vernarbt. Auch bei Füllung der Blase mit Milch lässt sich eine Communication der Scheide mit der Blase nicht nachweisen. Heute entlassen, soll nach 14 Tagen wiederkommen.

Nachricht vom 30. Mai 1892. Nur beim starken Husten oder Niesen geht Wasser durch die Harnröhre ab. Bisher keine neue Schwangerschaft.

II. Oberflächliche Blasen-Gebärmutterscheidenfisteln.

15. Oberflächliche Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Drei Operationen. Heilung. Künstliche Frühgeburt. Lebendes Kind. Kein Fistelrecidiv.

Frau Czerwonsky aus Saarlouis, 42 Jahre. 1886. Nr. 278. (Aufgenommen am 28. December.) Vater und eine Schwester sind an der Schwindsucht gestorben, eine zweite Schwester liegt an Lungenblutungen krank. Patientin selbst hat mehrere Male Blut gehustet. Sie hat sechs schwere Geburten überstanden. Bei den fünf ersten soll die Wendung gemacht worden sein. Die Kinder starben jung. Bei der letzten Geburt, Ende September 1886, wurde nach fünftägigem Kreissen die Zange angelegt und ein todtes Kind extrahirt. Die Operation in Narkose soll zwei Stunden gedauert haben. Beim Urinlassen hatte Patientin grosse Schmerzen im Unterleibe und in der Scheide. Vom zweiten Tage nach der Geburt unwillkürlicher Urinabgang. Zwei Monate nach der Geburt gingen nach Aussage des Arztes grössere brandige Schleimhautfetzen ab. Die Menstruation war früher regelmässig, cessirt jetzt nicht, und zwar war die erste, etwas schwache, im zweiten Monat nach der Geburt, die zweite vor einer Woche, sehr reichlich. Obstipation. Bei der letzten Geburt fiel das Rectum vor; durch ärztliche Behandlung ging der Vorfall nach drei Wochen zurück. Seit drei Wochen fällt bei schwerem Stuhlgang die Gebärmutter vor.

Befund: Scheide weit. Cervix stark zerrissen, links bis tief in's Laquear; nach rechts setzt sich ein Narbenstrang in's Parametrium fort. Uterus schlaff, klein, liegt median, nach hinten beweglich. Eine erst nach Anfüllung der Blase mit Milch entdeckte sehr kleine Fistel liegt links im Laquear, unmittelbar unter dem Beginne des Cervixrisses. Die Harnblase ist in der Gegend der Fistel, offenbar durch ältere peritonitische Adhäsionen, fixirt. Arcus pubis weit. Kreuzbein rhachitisch ausgehöhlt. Promentorium springt scharf vor. Dist. sp. 25·5; Dist. crist. 28; Dist. troch. 31; Conj. ext. 17; Conj. diag. 10·5. Urin normal, sauer.

8. Januar 1887. Erste Operation: Zuerst Knieellenbogenlage, dann Rechtsseitenlage, ohne Narkose. Durch Herabziehen wird die Fistel leidlich zugänglich. Die flache, ausgiebige ovaläre Anfrischung hat eine von links oben nach rechts unten gerichtete Figur und reicht ziemlich nahe an die Portio. Lineare Vereinigung durch sieben Drähte. Tamponade. Verweilkatheter.

10. Januar. Katheter und Tampon wurden gestern entfernt. Patientin kann den Urin ein bis zwei Stunden halten und dann willkürlich entleeren. 17. bis 19. Januar Periode. Es geht wieder

Urin unwillkürlich ab. 20. Januar. Mitten in guten Granulationen hat sich die Fistel wieder etablirt. 17. Februar. In der Zwischenzeit wurde durch mehrere Untersuchungen eine Verkleinerung der Fistel constatirt. Normale Regel. 23. Februar. An Stelle der alten Fistel zeigt sich nur eine haarfeine, spaltförmige Oeffnung. Versuchsweise wird mit Lapis geätzt und ein permanenter Katheter eingelegt. Letzterer wird nicht vertragen. Deshalb am 28. Februar zweite Operation: Linksseitenlage. Anfrischung, drei Silbersuturen. Permanenter Katheter.

3. März. Ein- bis zweistündliche Katheterisation. Es geht wieder wenig Urin durch die Scheide ab. Da die Patientin sehr wund war, sich in aufgeregter Stimmung befand und ferner die eingetretene Regel bevorstand, so wird erst am 22. April zur dritten Operation geschritten: Seitenlage, ohne Narkose. Längsovale Anfrischung, neun Drähte. Stündliche Katheterisation. 25. April. Entleert stündlich spontan den Urin. 7. Mai. Nachdem vor fünf Tagen die Drähte entfernt wurden, wird Patientin heute geheilt entlassen.

Wiedereintritt am 5. December 1889. Patientin blieb bis jetzt beschwerdelos. Letzte Regel am 1. Mai. Patientin ist im siebenten Monate schwanger.

19. December. Befund: Aeussere Untersuchung: Kindliche Theile sehr beweglich. Kopf beweglich über dem Becken. Steiss links, kleine Theile links wie rechts oben, Rücken nach hinten. Fundus zwei Querfinger über dem Nabel. Herztöne links 132. Viel Fruchtwasser. Innere Untersuchung: Scheide lang, glatt. Portio als querer Zapfen fühlbar, der links einen tiefen Einriss hat. Darin ein alter Draht. Vordere Lippe rechts zerstört, links theilweise erhalten. Cervix sehr lang, für den Finger durchgängig. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 33. Woche. Auflockerung durch constanten Strom. 12 Uhr 5 Mittags. Mit Watte umwickelte Kugelelektrode in's hintere Laquear (negativer Pol); breite Elektrode (positiver Pol) auf den Leib. 4 Uhr Nachm. Zweite Sitzung.

20. December, 10 Uhr Vorm. Dritte Sitzung. 12 Uhr 15 Mittags. Einlegen eines Bougies. Darauf ziemlich schwache Wehen. 21. December, 9 Uhr 30 Vorm. Zweites Bougie; schwache Wehen. 22. December. Reiben des Uterus durch die Gravida selbst. 23. December. Bougies entfernt. Cervix für einen Finger leicht durchgängig, 4 Centimeter bis zur Blase. Ein dickes Bougie wird eingelegt. 24. December, 4 Uhr Früh. Nach kräftigen Wehen wurde das Bougie ausgestossen. Vom äusseren Muttermunde bis zur Fruchtblase 2 Centimeter. Einlegen von zwei Bougies.

4 Uhr 30 Nachm. Bougies liegen in der Vagina und werden fortgenommen. Die Blase wölbt sich bereits in den äusseren Muttermund vor. Cervix eröffnet sich trichterförmig. Aeusserer Muttermund

fühlt sich bei Einführung von zwei Fingern wenig dilatabel an, besonders vorne. 11 Uhr 30 Nachts. Einlegen neuer Bougies.

25. December, 9 Uhr Vorm. Bougies entfernt. 5 Uhr 30 Nachm. Warme Douchen. Die Blase überragt den äusseren Muttermund noch nicht. 2 Centimeter über letzterem liegt der Kopf. Noch immer spannt sich an Stelle der fast vollständig fehlenden vorderen Muttermundslippe die von der Fistelnarbe herrührende, scharfkantige Narbe quer durch das Laquear, so dass zwei in den Muttermund eingeführte Finger kaum seitlich geöffnet werden können. Vorne hindert die Narbe ebenfalls erheblich.

26. December, 9 Uhr Vorm. Heute Früh ist viel Fruchtwasser abgegangen. Die Blase ist gesprungen. Der Cervix ist wieder zu einem 4 Centimeter langen und für zwei Finger durchgängigen Canal zurückgebildet. 27. December. Schwache Wehen; Vollbad, Wehen besser. 28. December, 5 Uhr 30 Nachm. Nach einem Vollbade gute Wehen. Mit einer kleinen Kopfgeschwulst ist der Kopf fast bis zum äusseren Muttermunde gepresst. Der innere Muttermund ist vorne in 2 Centimeter, hinten in 4 Centimeter Entfernung zu fühlen. 29. December, 4 Uhr 30 Nachm. In voriger Nacht mässige, jetzt gute Wehen. Muttermund zweimarkstückgross. Kopf liegt direct darin. Hintere Muttermundslippe noch vollkommen vorhanden; vordere Wand spannt sich während der Wehe wie eine Barrière, die dünne, scharfe Narbe quer vor dem Kopfe her. Die Wehen verstärken sich andauernd unter heftiger psychischer Aufregung. Gegen 5 Uhr Nachm. treten plötzlich zwei Presswehen auf und das lebende Kind wird ohne weiteren Mechanismus geboren. Nach wenigen Minuten wird die Placenta ausgestossen. Ein Theil der Eihäute wird in Narkose (wegen der psychischen Aufregung) manuell entfernt. Der Narbenstrang ist in der Mitte eingerissen. Dieser Riss geht in das retrocystale Bindegewebe, aber nicht in die Blase selbst. Uterusausspülung. Gewicht des Kindes 2100 Gramm. Kopfumfang 32 Centimeter.

30. December. Schmerzen am Uterus und in der linken Regio hypogastrica. Eisbeutel 38·4 einmal. 31. December. Befinden besser. Noch Schmerzen an den bezeichneten Stellen. Tympanitische Auftreibung des Leibes.

6. Januar 1890. Seit dem 2. Januar gutes Befinden. Kein Fieber. Uterus faustgross, schwach anteflectirt, beweglich. Der Riss in der alten Narbe verheilt. 11. Januar. Kind schläft viel, nimmt die Brust wenig. Weite Kopfnähte. Umfang 33 Centimeter. 13. Januar. Kopfumfang 34 Centimeter. Starke Injection der Kopfvenen; Hydrocephalus acutus. Keine Temperaturerhöhung beim Kinde. 15. Januar. Uterus etwa doppelt so gross wie ein normaler. Kind trinkt gut macht aber einen schläfrigen Eindruck. 17. Januar. Ein zurückgebliebener Draht wird entfernt. Probeweise Einlegung eines Occlusiv-

pessars. 18. Januar. Die Frau wird in bestem Wohlsein entlassen. Das Kind hat noch gespannte Fontanellen und weite Nähte. Umfang 34·5 Centimeter.

Gemäss Brief vom 21. Januar 1891 ist Mutter und Kind gesund.

16. Oberflächliche Blasen - Gebärmutterscheidenfistel. Eine blutige Operation; eine Drahtanlegung ohne Anfrischung. Unvollständige Heilung.

Margaretha Strentz aus Kaysersberg, 23 Jahre. 1887. Nr. 165. (Aufgenommen am 29. Juni.) Die erste Niederkunft erfolgte vier Tage nach dem Wehenbeginne und vergeblichen Wendungs- und Zangenversuchen spontan während der Fahrt zur Stadt auf einem Wagen. Kind todt. Die zweite Geburt wurde nach $2^1/_2$tägiger Geburtsarbeit am 9. April d. J. durch die Zange beendet. Kind ebenfalls todt. Starke Blutung. Von diesem Tage ging der Urin in grosser Menge unwillkürlich ab. Menstruation früher immer unregelmässig, alle vier bis sechs Wochen. Periode hat sich Anfangs dieses Monats wieder gezeigt.

Befund: Portio vielfach eingerissen. Nach links schliesst sich an dieselbe eine quer durch's Laquear bis in's Parametrium gehende bleistiftdicke, dehnbare Narbe an; eine unbedeutendere rechts. Uterus gut zurückgebildet, hochstehend, beweglich. Muttermund für eine dünne Sonde passirbar. Rechts nahe dem Muttermunde ein für einen dicken Katheter durchgängiger Defect mit aufgeworfenen Rändern. Becken allgemein ungleichmässig verengt. Rechte Beckenhälfte geräumiger wie linke. Doppeltes Promontorium. Dist. sp. 24; Dist. crist. 25·5; Dist. troch. 29; Conj. ext. 16·5; Conj. diag. 8·5. Keine Zeichen von Rhachitis. Urin normal.

1. Juli. Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose. Ausgedehnte myrthenblattförmige Anfrischung. Vereinigung durch vier Silberdrähte. Tamponade; permanenter Katheter.

2. Juli. Entfernung des Tampons und Katheters. Patientin urinirt alle zwei Stunden spontan.

16. Juli. Die Drähte werden entfernt. Es geht wieder Urin durch die Vagina. In der Mitte der sonst gut geschlossenen Narbe ein Löchelchen. Bei Tage Bauchseitenlage. Nachts S-förmig gebogener Katheter. 20. Juli. Nur im Gehen und Stehen wird Urin verloren. Da dieser Zustand sich aber nicht bessert, wird am 28. Juli das jetzt erbsengrosse Loch ohne Anfrischung durch zwei Silberdrähte geschlossen.

Vom 1. August lässt Patientin spontan den Urin halbstündlich und wird am 4. August „völlig continent" mit den Drähten

entlassen, die in vierzehn Tagen entfernt werden sollen. Patientin kehrt nicht zurück.

Nachricht vom 8. April 1892 (Arzt). Bald nach der Entlassung wieder Incontinenz. Patientin ist verheiratet und macht noch fünf unzeitige Geburten, alle im dritten Monate, durch. Menstruation unregelmässig wie früher.

17. Oberflächliche Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Eine Operation. Heilung.

Frau Marie Ludwig aus Handschuheim, 37 Jahre. 1887. Nr. 237. (Aufgenommen am 16. September.) Vier schwere Geburten, erste und dritte Zangengeburten. Vierte Geburt vor sieben Wochen ebenfalls mit Zange, drei Tage nach Beginn der Wehen beendet. Gleich nach der Geburt merkte Patientin den unwillkürlichen Urinabgang. Sie kann willkürlich keinen Tropfen lassen. Sämmtliche Kinder kamen todt zur Welt. Menstruation hat sich noch nicht wieder gezeigt, war früher regelmässig.

Befund: Dicht vor der Portio ein narbig umsäumtes Fistelloch, durch welches sich eine Uterussonde leicht in die Blase einführen lässt. Uterus klein, aufrechtstehend und in die Höhe gezerrt. Hochgradige Verengerung des Beckenausganges, sehr spitzer Schambogen. Raute ungemein klein. Becken allgemein zu klein. Dist. sp. 25; Dist. crist. 28; Conj. ext. 16. Urin neutral.

20. September. Operation: Seitenlage, ohne Narkose. Längsovale Anfrischung in die vordere Lippe hineinreichend. Vier tiefe und vier oberflächliche Silberdrähte vereinigen die Wunde. Tamponade; permanenter Katheter.

21. September. Tampon und Katheter entfernt. Patientin urinirt spontan. Nachdem Tags zuvor die Nähte entfernt sind, wird Patientin mit völliger Continenz am 2. October entlassen.

Nachricht vom 12. April 1892 (Frau). Die Menstruation trat zwölf Wochen nach der Geburt (also circa vier Wochen nach der erfolgreichen Operation) wieder ein und war dann regelmässig. Patientin war bisher nicht wieder schwanger. Der Erfolg der Operation war dauernd.

18. Oberflächliche Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Narbig verengerte Scheide. Zwei Operationen. Zwischen erster und zweiter Operation Anlegung eines Drahtes ohne Anfrischung. Heilung.

Frau Octavie Trommenschläger aus Doderen bei Maasmünster, 37 Jahre. 1889. Nr. 108. (Aufgenommen am 26. Januar.) Die erste Geburt vor vier Jahren soll schwer verlaufen sein. Die zweite

erfolgte am 16. October 1888 und wurde nach zweitägiger sehr schmerzhafter Wehenthätigkeit spontan ein grosses, todtes Kind geboren. Der Durchtritt der Schultern soll grosse Schwierigkeit gemacht haben. Einige Tage nach der Geburt konnte Patientin den Urin nicht mehr halten. Periode früher regelmässig; Stuhl etwas angehalten.

Befund: Scheide eng und kurz. An der vorderen Wand derselben ein fast markstückgrosses, aber mehr viereckiges Loch, dessen unterer Rand etwa 2 Centimeter über dem Ostium urethrae ext. liegt, dessen oberer Rand von der zerklüfteten Muttermundslippe gebildet wird. Die beiden seitlichen Ränder sind fest mit dem Knochen verwachsen und zeigen lange weisse Narbenstreifen. Die Mündungen beider Ureteren liegen ziemlich weit von der Fistel entfernt, hinter derselben. Um den Anus papilläre Wucherungen.

11. Januar. Erste Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose, dann Knieellenbogenlage. Zunächst wird eine vom Muttermunde nach dem linken Os ischii hinziehende, breite, straffe Narbe incidirt, wodurch der linke Fistelrand bedeutend beweglicher wird. Um die Umstülpung der Blasenschleimhaut zu vermeiden, wird ein angeschlungenes Schwämmchen in die Blase eingeschoben. Nun wird der linke Fistelrand breit angefrischt, ebenso die ganze vordere Muttermundslippe. Die Anfrischung des rechten Fistelrandes gelingt weder in der linken noch in der rechten Seitenlage, sondern erst, als die Patientin die Knieellenbogenlage einnimmt und ein schmäleres und längeres Speculum eingeführt wird. In dieser Lage lässt sich auch der untere Fistelrand am besten anfrischen. Vereinigung durch sagittallaufende Silberdrähte. Tamponade; Dauerkatheter (Bozeman).

13. Februar. Der Bozeman'sche Katheter wurde später mit einem Nélaton vertauscht, welch letzterer heute nebst dem Tampon entfernt wird. Ein- bis zweistündlicher Katheterismus.

18. Februar. Patientin lässt seit zwei Tagen den Urin alle ein bis zwei Stunden spontan. Es geht aber auch wieder unwillkürlich Urin ab. Entfernung der Drähte. Eine ganz kleine Stelle am rechten Wundwinkel ist nicht geheilt. Tamponade, Verweilkatheter.

27. Februar. Das die kleine Fistel umgebende Gewebe ist für eine Nachoperation noch zu weich. Der Fistelrand wird deshalb nur mit dem Messer wund gemacht und ein Draht eingelegt. 10. März. Die Fistel mit ihren weichen Rändern besteht noch. Patientin wird auf drei Wochen entlassen.

Wiederaufnahme am 1. April 1889. Am 17. März, also fünf Monate nach der Geburt, trat die Regel wieder ein. Die Fistel misst jetzt im queren Durchmesser $^1/_2$ Centimeter.

4. April. Zweite Operation: Breite Anfrischung, vier Drähte, Dauerkatheter.

8. April. Heute Nachts plötzlich Schmerzen im Unterleibe. Urin stark blutig. Nach Entfernung des Katheters entleert Patientin selbst aus der Urethra ein Blutgerinnsel. Eisthymolausspülung der Blase. Eisblase. Opiumzäpfchen. Im Laufe des Tages lässt Patientin alle ein bis zwei Stunden mit dunkelrothem Blut und zahlreichen Coagulis gemischten Urin. Aus der Scheide kommt dunkles Menstruationsblut.

9. April. Urin blutleer, etwas wolkig. Patienten fühlt sich wohl. Die Regel hat aufgehört. 12. April. Entfernung der Drähte; geheilt entlassen.

Nachricht vom 14. April 1892 (Arzt). Patientin hat bisher nicht wieder geboren, ist völlig geheilt.

19. Oberflächliche Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Fünf Operationen. Heilung. Im dritten Monate der folgenden Gravidität neue Fistel (Stichcanal). Sechste Operation. Heilung von kurzer Dauer. Neue Fistel (Stichcanal). Frühgeburt. Siebente Operation. Heilung.

Frau Anna Brendel aus Ammerschweier, 29 Jahre. 1890. Nr. 40. (Aufgenommen am 6. Februar.) Von den vier Geburten verlief die erste spontan; todtes Kind. Die zweite war eine Zangengeburt. Das tief asphyktische Kind starb bald nach derselben. Dritte Geburt ebenfalls mit Zange beendet. Bei der vierten am 16. Januar erfolgten Geburt wurde nach zwei Tage vorher eingetretenem Wasserabgang und erfolglosem Zangenversuch durch einen zweiten Arzt ein todtes, angeblich sehr starkes Kind extrahirt. Am zweiten Tage des Wochenbettes Schüttelfrost und Fieber und Schmerzen im Leib. Einige Tage darauf konnte Patientin das Wasser nicht mehr halten. Menstruation früher regelmässig, ist seit der Geburt noch nicht wieder aufgetreten.

Befund: Dammriss bis an den Anus. Etwas starre Vaginalwände. An Stelle des vorderen Laquear ein grosser halbmondförmiger, 2 bis 2·5 Centimeter klaffender Defect, der in die Blase führt. Der untere Fistelrand ist weich; der obere wird nach hinten von der vorderen, dick gewulsteten Muttermundslippe gebildet. Der linke Ureter wird leicht sondirt, der rechte ist nicht aufzufinden. Muttermund quer gespalten. Uterus retrovertirt. Becken platt, allgemein zu eng. Dist. sp. 23; Dist. crist. 27; Conj. ext. 17·5.

19. Februar. Patientin erkrankte inzwischen an Influenza und wird deshalb als Reconvalescentin vorläufig entlassen.

14. Mai 1890 Wiedereintritt. Patientin hat sich sehr erholt. Der Urin floss immer noch durch die Scheide; hie und da verspürte Patientin jedoch Harndrang und entleerte dann auch Urin durch die Harnröhre. Die Menstruation hat sich am 8. Mai wieder gezeigt und dauerte drei Tage.

Befund: Der Uterus liegt anteflectirt. Die Fistel hat sich etwas verkleinert. Die linke Uretermündung ist im linken Fistelrande deutlich zu sehen und zu sondiren.

27. Mai. Erste Operation: Zunächst Knieellenbogen-, dann Seitenlage, ohne Narkose. In ersterer Lage wird nur der linke Ureter ein Stück aufgeschlitzt. Die breite, flache Anfrischung des linken und rechten Fistelrandes ist leicht, schwieriger die des vorderen, narbigen Randes. Zwei Drähte werden von links nach rechts durchgezogen. Beim Schnüren des zweiten Drahtes zeigt sich, dass die so übrig gebliebene hintere Fistelöffnung bei einer beabsichtigten Schliessung in einer zweiten Sitzung sehr schwer zugänglich sein wird. Deshalb wird Patientin sofort wieder in Knieellenbogenlage gebracht, die hinteren Fistelränder und die vordere Muttermundslippe angefrischt und die wunden Flächen durch drei weitere Drähte vereinigt. Verweilkatheter (Nélaton).

7. Juni. Zwei Tage nach der Operation floss wieder Urin durch die Scheide. Heute Entfernung der Drähte. Die Fistel scheint sich bis auf eine kleine Oeffnung an der linken Seite geschlossen zu haben. Zweistündliche Katheterisation. Nachts Verweilkatheter. 14. bis 17. Juni Periode. 19. Juni. Zweite Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose. Eine genaue Untersuchung stellt fest, dass zwei kleine Fisteln bestehen, die durch eine Brücke gut haltenden Gewebes getrennt sind. Da diese Brücke entfernt werden musste, wenn beide Fisteln auf einmal angefrischt und geschlossen werden sollten, so wird beschlossen, vorläufig nur die linke vorzunehmen. Anfrischung und Vereinigung dieser Fistel durch vier von vorne nach hinten gelegte Drähte, von denen der letzte breit gelegt und so als Entspannungsnaht zum Theil auch die zweite Fistel schliesst.

1. Juli. Bald nach der Operation ging wieder Urin durch die Scheide. Daneben liess Patientin alle Stunden willkürlich den Urin. Heute Entfernung der Drähte. Die rechtsgelegene Fistel noch vorhanden. 12. bis 14. Juli schwache Periode. 15. Juli. Dritte Operation: Knieellenbogenlage, ohne Narkose. Die Fistel stellt eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung dar. Anfrischung, vier Drähte, Tamponade, Verweilkatheter.

26. Juli. Entfernung der Drähte. Die Fistel ungefähr in gleicher Grösse wieder vorhanden. Tamponade der Scheide und Aetzen der Fistel ohne Erfolg. Deshalb am 4. August vierte Operation: Knieellenbogenlage. Breite Anfrischung, vier Drähte. Verweilkatheter. 8. August Periode, normal. 13. August. Seit zwei Tagen geht wieder Urin durch die Scheide. Entfernung der Drähte.

Vom 25. bis 31. August fiebert Patientin und leidet an Schluckbeschwerden. 9. September. Fünfte Operation: Linksseitenlage. Trichterförmige Um- und Ausschneidung der Fistel mitsammt

ihren Rändern. Vier Vereinigungs-, ein Entspannungsdraht. Permanenter Katheter.

18. September. Vom zweiten Tage nach der Operation wurde zweistündlich katheterisirt und nur bei Nacht ein Verweilkatheter eingelegt. Die Drähte werden heute entfernt. Patientin kann den Urin zwei Stunden halten. 21. September „geheilt entlassen".

Wiedereintritt am 3. August 1891.

Erst seit einigen Tagen soll wieder im Gehen und Stehen Urin abtropfen. Patientin ist Gravida im dritten Monate.

Befund: Etwa in der Mitte der Columna rug. ant. eine für eine feine Sonde durchgängige Blasenscheidenfistel (Stichcanal). Weiter oben die alte Fistelnarbe.

6. August. Sechste Operation: Anfrischung; drei Seidennähte, Dauerkatheter. 16. August. Der Verweilkatheter blieb vier Tage liegen. Heute Entfernung der Nähte. 20. August „geheilt entlassen".

Wiedereintritt am 25. April 1892.

Bald nach ihrer Entlassung wurde Patientin wieder incontinent. Am 29. December 1891 kam sie nach siebenstündiger Wehenthätigkeit mit einem sieben Monate alten Kinde nieder. Das Kind wurde mit der Zange extrahirt und lebte acht Stunden. Menstruation trat etwa drei Wochen nach der Geburt wieder ein und blieb weiterhin ungestört. Patientin lässt zwar spontan reichlich Urin, verliert aber auch etwas Wasser beim Gehen und jeder Anstrengung der Bauchpresse.

29. April. Erst bei Anfüllung der Blase mit Milch und Beobachtung der Patientin in Knieellenbogenlage wird eine sehr kleine Fistel ungefähr in der Mitte der vorderen Wand der Scheide, etwa 1·5 Centimeter unterhalb der Narbe der letzten Operation, entdeckt. Es handelt sich offenbar um eine kleine Fistelöffnung an einer Stelle, wo ein Seidenfaden gelegen hatte.

4. Mai. Siebente Operation: Seitenlage, ohne Narkose. Breite Anfrischung; vier Drähte. Verweilkatheter.

16. Mai. Der Katheter blieb vier Tage liegen. Nach Entfernung der Drähte am gestrigen Tage wird Patientin heute geheilt entlassen.

III. Tiefe Blasen-Gebärmutterscheidenfisteln.

20. Tiefe Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Zwei Operationen und eine Cauterisation mit Paquelin nebst Anlegung eines Drahtes. Bei der ersten Operation (Vereinigung der hinteren Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande) Eröffnung des Peritoneums mit nachfolgendem Schüttelfrost. Unvollkommene Heilung.

Frau Albert aus Zweibrücken, 42 Jahre. 1879. Nr. 64. (Aufgenommen am 7. November.) Die fünf ersten Geburten verliefen spontan, alle 48 Stunden dauernd, mit lebenden Kindern. Letzte Geburt am 4. Juli nach dreitägiger Geburtsthätigkeit mit der Zange beendet. Grosses, todtes Kind. Sofort nach der Geburt vollständige Incontinenz. Menstruation früher regelmässig. Circa zwei Monate nach der letzten Geburt hat sich dieselbe wieder gezeigt, angeblich mit Fieber.

Befund: Sehr anämische Frau. Starke Harnincrustationen. Grosser Dammriss. Vorderes Laquear und vordere Muttermundslippe fehlen vollkommen. An Stelle derselben ein annähernd rundes Loch mit vorderer verhärteter, strangartig verdickter Peripherie, in welches man mit zwei Fingern bequem eindringen kann. Die hintere Wölbung der Oeffnung verliert sich spaltförmig, uneben in die wenig höher gelegene Wölbung der Harnblase. Ein dicker, rother Schleimhautwulst bauscht sich durch die Fistel in die Scheide vor. Der Muttermund ist bis jetzt nicht aufzufinden.

12. November. Bei der Unmöglichkeit der Auffindung des Muttermundes wird die Kolpokleisis in Aussicht genommen.

15. November. Untersuchung in Narkose ergibt, dass die hintere Lippe noch als wenig erhabener Wulst vorhanden ist. Wird dieselbe stark nach abwärts gezogen, so dass ihre vordere aufsteigende Fläche sichtbar wird, so erkennt man auf letzterer den sehr kleinen stenosirten Muttermund. Dieser lässt mit Mühe eine der feinsten Sonden passiren, die in einen ebenfalls sehr engen Cervix und Cavum 6 bis 7 Centimeter weit nach hinten und rechts führt. Ebenda ist der Uterus auch bimanuell zu fühlen. Die Schleimhautfalte, welche sich aus der Fistelöffnung vordrängt, gehört der hinteren, unmittelbar der Fistel benachbarten Blasenwand an. Ureteren werden nicht gefunden. Wenig oberhalb des Introitus vaginae befinden sich in der linken Scheidenwand vier bis fünf abgeplattete, hochrothe, zipfelförmig gewucherte Gebilde, dicht nebeneinander der Schleimhaut aufsitzend. Im Rectum entspricht ihnen eine feine Einziehung, so dass sie als gewuchertes Granulationsgewebe einer unvollständigen Rectovaginalfistel zu betrachten sind.

26. November. Erste Operation, ohne Narkose. Zunächst

Knieellenbogenlage. Die linke Uretermündung wird gefunden. Zwei kleine Schwämme dehnen die Blase mässig aus. Die kleine hintere Muttermundslippe wird in ihrem ganzen Umfange angefrischt, wobei sich erweist, dass sich das Peritoneum in gefahrdrohender Nähe befindet. Bei den letzten Schnitten wird in der That das Peritoneum, etwa in der Ausdehnung eines Centimeters, verletzt. Mit pfeifendem Geräusche tritt etwas Luft in die Bauchhöhle ein. Sofort Aenderung in Seitenlage. Reinigung der Wunde und Vereinigung durch Seidennähte; dann Fortsetzung der Operation in Seitenlage. Anfrischung des unteren Fistelrandes und Vereinigung der Wundränder (nach Entfernung der Schwämmchen) mittelst zwölf Silberdrähten. An den Seitentheilen der Wunde sehr genaue Vereinigung; in der Mitte lässt sich eine geringe Zerrung nicht vermeiden. Blutung gering. Geringe Menge blutigen Harns wird mit Katheter entfernt.

2 Uhr 30 Nachm. Viertelstündiger Schüttelfrost, keine Auftreibung des Leibes, Lumbargegenden sowohl subjectiv wie objectiv schmerzfrei; kein Erguss. Puls voll, von guter Beschaffenheit, 100. Temperatur 39·5. Athmung tief, frei. Allgemeinbefinden und Aussehen gut. Kein Erbrechen; kein auf Peritonitis deutendes Symptom. Urin eine Viertelstunde später mit dem Katheter entnommen, blutig tingirt.

6 Uhr Abends. Temperatur 40·8. Puls 104. Keine Aenderung im objectiven Befunde. Allgemeinbefinden gut. Mit dem Katheter wird etwas dunkler Urin entleert, ebenso um 9 Uhr Abends, im Ganzen im Laufe des Nachmittags etwa 200 Gramm. Temperatur 40·3. Puls 100.

12 Uhr. Temperatur 40·3. Puls 104.

27. November, 7 Uhr Früh. In dieser Nacht wurde dreimal katheterisirt; hinreichende Mengen nicht mehr blutigen Urins wurden entleert. Temperatur 40·1. Puls 112.

11 Uhr 50 Vorm. Spontane Urinentleerung. 6 Uhr Abends. Temperatur im Laufe des Tages auf 40·0 erhalten. Jetzt 39·0. Puls 92.

28. November. Am Morgen fieberfrei, vollkommenes Wohlbefinden, Urinmenge durchaus normal. 7 Uhr Abends. Ein neuer Schüttelfrost, von derselben Dauer, aber nicht so heftig wie der frühere, ausgezeichnet wie jener durch Fehlen aller subjectiven wie objectiven Erscheinungen, mit Ausnahme geringer Beengung über der Brust. Senfteig; Morphium, Chinin. Guter Schlaf.

29. November. Heute Morgens 38·0 Temperatur; Puls 84. Der Tag verläuft im Uebrigen fieberfrei. Vollkommene Continenz. Zunge etwas belegt; geringe Abnahme des Appetits.

30. November. Urin geht wieder durch die Fistel ab.

2. December. Acht Silberdrähte entfernt. Kleine erbsengrosse, nicht klaffende Oeffnung in der Mitte der Vereinigungsstelle. Drei

Nähte aus der Peritonealwunde werden entfernt. 4. December. Gestern Entfernung aller übrigen Nähte. Es fiel auf, dass Patientin ohne weitere Klagen in den letzten Tagen bei mangelndem Appetit sichtlich magerer wurde, bis sich gestern Abends — zuerst beim tiefen Athmen bemerkt — ein fortwährender heftiger Leberschmerz geltend machte. Leber reicht fast bis zur Spina; starke Empfindlichkeit, übriges Abdomen frei. Haut wie Conjunctiven nur undeutlich ikterisch gefärbt. Harn dunkel (heute mit dem Katheter entfernt), gibt keine deutliche Scala.

5. December. Ikterus nimmt nur sehr langsam zu. Schmerzen bedeutender als gestern. Temperatur nicht erhöht. Nach Ablauf des Ikterus — zweimalige plötzliche Fiebertemperaturen während derselben — und bedeutender Abnahme der Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber wird Patientin am 21. December auf Wunsch entlassen. Fistel kaum erbsengross; Ränder derb.

Wiedereintritt am 13. Januar 1880. Fistelbefund derselbe.

19. Januar. Zweite Operation, ohne Narkose. Seitenlage. Linker Rand flach, rechter steil angefrischt. Elf Drähte in Längsrichtung angelegt.

29. Januar. Gestern ging bald nach Entfernung der Drähte wieder Urin durch die Scheide. Die ganze Umgebung der Wunde ist mit einem gelblichen, schwer abzulösenden Belage bedeckt. In der Mitte der Narbe eine sondenknopfgrosse Oeffnung. 11 Uhr 30 Vorm. Kurzer Frost ohne locale Beschwerden; Temperatur 40·1. Leber wie früher, vergrössert. Das hohe Fieber hielt bis zum 31. Januar an; der Belag ging unter sorgfältiger Reinigung der Scheide völlig zurück, und wird Patientin am 7. Februar auf Wunsch entlassen.

Wiedereintritt am 14. April 1880.

22. April. In der Mitte des Narbengewebes eine kleine, kaum für einen Stecknadelkopf passirbare Fistel. Die Fistel wird mit dem Paquelin cauterisirt und die Ränder durch eine trockene Naht (Silber) aneinander fixirt.

30. April. Seit sechs Tagen sollen wieder geringe Mengen Urins durch die Fistel abgehen. Die cauterisirte Stelle granulirt noch. Eine Fistelöffnung ist nicht zu sehen. Nichtsdestoweniger wird Abfliessen von Urin beim Aufrechtstehen der Patientin constatirt.

2. bis 5. Mai Periode. Das Blut geht durch die Urethra ab. Beschwerden bestehen nicht. 10. Mai. Im Liegen kann Patientin längere Zeit den Urin halten, im Stehen aber fliesst er noch ab. Patientin wird auf Wunsch entlassen und kehrte nicht zurück.

Nachricht vom 13. April 1892 (Hebamme). Der Urin geht noch immer unwillkürlich ab. Keine weitere Geburt. Die Menstruation war nach Entstehung der Fistel immer unregelmässig und angeblich häufig mit Fieber verbunden.

21. Tiefe Blasen - Gebärmutterscheidenfistel. Bozeman'sche Dilatation. Zwei Operationen. Zwischen beiden Anlegung eines Drahtes. Heilung.

Witwe Anna Maria Gawaler aus Grevenhausen bei Annweiler, 41 Jahre. 1880. Nr. 17. (Aufgenommen am 24. Mai.) Von den sechs Geburten verliefen die fünf ersten ohne Kunsthilfe. Das erste Kind soll, acht Tage alt, an Krämpfen, das zweite, vierzehn Tage alt, an Blattern gestorben sein; das dritte und fünfte waren Frühgeburten im fünften, respective siebenten Monate. Das vierte ausgetragene Kind wurde todt geboren. Die sechste langdauernde Geburt vor vier Jahren wurde mit Zange beendet und ein todtes Kind extrahirt. Gleich nach derselben konnte Patientin das Wasser nicht mehr halten. In der letzten Zeit soll einige Besserung aufgetreten sein.

Befund: Alter Dammriss. Furunkel an den Nates, Ulcerationen an den äusseren Genitalien. Uterus steht in Retrodextroflexion. Muttermund sehr weit und zerklüftet. Eigentliche vordere und hintere Lippe ist nicht zu unterscheiden. Von der ersteren ist fast nichts, von der letzteren ist nur der rechte hintere Theil übrig. Bei der Untersuchung mit Speculum sieht man ein Gebilde, das kaum als Portio anzusprechen ist. Man erblickt darin drei tiefe Gruben, von denen eine links und je eine andere oben und unten stehen. Dieselben sind durch Narbenstränge getrennt. Erst durch Anfüllen der Blase mit Milch findet man die Fistel rechts, hoch oben. Die Fistel ist jedoch in ihrer ganzen Länge nicht zu sondiren.

28. Juni. Patientin sollte vor zehn Tagen operirt werden; die Fistel wurde indess nicht aufgefunden. Heute Schmerzen im Leibe. Nach Beendigung einer übrigens beschwerdelosen Menstruation vom 2. bis 5. Juli wurde durch Bozeman'sche Kugeln dilatirt (mässiger Erfolg) und dann am 12. August die Fistel angefrischt und durch Silberdraht geschlossen. Nach sechs Tagen ging wieder Urin durch die Scheide. Nach Anlegung eines Drahtes ohne Anfrischung fliesst nur sehr selten mehr Urin ab. Patientin wird am 11. September mit der Weisung entlassen, im Falle einer Verschlimmerung wiederzukommen.

Wiedereintritt am 16. November 1880. Patientin will wieder viel Urin unwillkürlich verlieren. Der Silberdraht, mit dem sie entlassen wurde, ist mit Harnsalzen stark incrustirt und wird entfernt. Nach langem Suchen präsentirt sich die Fistel als ganz kleiner, länglicher, von dichtem Narbengewebe umgebener Spalt in der defecten vorderen Muttermundslippe. Zweite Operation: Knieellenbogenlage. Anfrischung. Zwei Suturen.

Nach vorheriger Entfernung der Drähte wird Patientin am vierzehnten Tage nach der Operation geheilt entlassen. Sie hält den Urin vier Stunden. Patientin wird nicht ermittelt.

22. Tiefe Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Grosser Substanzverlust. Verwachsung der hinteren Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande. Spontanheilung der Fistel bis auf eine ganz kleine Oeffnung.

Frau Katharina Ost aus Strassburg, 26 Jahre. 1881. Nr. 55. (Aufgenommen am 13. April.) Die drei ersten Geburten verliefen ohne Störung. Vierte und letzte Geburt am 23. März nach zweitägiger schwacher Wehenthätigkeit durch Zange beendet. Kräftiger todter Knabe, der nach Aussage des Arztes schon vor Anlegung der Zange abgestorben war. Am folgenden Tage Urin durch die Scheide. Stuhlverstopfung. Periode früher regelmässig, ist seit der letzten Geburt noch nicht wieder aufgetreten.

Befund: Am Introitus vaginae und besonders an der rechten hinteren Vaginalwand starke Ulcerationen mit grauem, missfarbigem Grunde. Die Harnröhrenmündung stark eingezogen. Das vordere Scheidengewölbe zeigt einen für drei Finger durchgängigen Defect in die Blase hinein. Vordere Muttermundslippe fehlt fast ganz, hintere sehr schmal und kurz. Muttermund spaltförmig, ganz nach links schauend. Uterus vergrössert, antevertirt. Das Becken macht den Eindruck eines allgemein zu kleinen, scheint sonst wohlgebildet zu sein. Dist. sp. 23·75; Dist. cr. 24·5; Dist. troch. 28; Conj. ext. 17·75.

21. bis 26. April. Leichte Temperatursteigerungen ohne Frostgefühl. 27. April. Der Defect hat sich etwas verkleinert, zum Theil durch Hinaufziehen der vorderen Vaginalwand, zum Theil durch Granulationen. Während der Untersuchung geht fortwährend mit gelbweissen Fetzen vermischte urinöse Flüssigkeit ab. Rechts am Scheideneingang noch ein tiefes Ulcus.

24. Mai. Patientin wurde bis jetzt nur mit häufigen Sitzbädern behandelt. Die Untersuchung ergibt: 1. mehrere Esslöffel Urins in der Blase, 2. Trockenheit der Vagina während einviertelstündiger Untersuchung, 3. nach starker Anfüllung der Blase mit Milch kommt ein geringer Theil derselben an zwei Stellen, und zwar rechts und links oben an der früheren Fistelöffnung heraus, 4. Verwachsung der hinteren Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande.

13. Juni. Patientin hat nach einigen Versuchen die Erfahrung gemacht, dass sie den Urin halten kann. So oft sich Harndrang einstellt, entleert sie jetzt willkürlich den Urin.

17. Juni. Befund: Sehr kurze Vagina, in der man sich ausserordentlich schwer zurechtfindet. Geht man an der vorderen Wand hinauf, so gelangt man an eine quere Spalte. In derselben sieht man bei Specularuntersuchung zwei feine schwarze Punkte. Beim Eingiessen von Milch in die Blase fliesst bei starkem Drucke

etwas durch die punktförmigen Oeffnungen aus. Heute nahezu geheilt entlassen.

Wiedereintritt am 11. Juli 1881. Seit der Entlassung ging beim Stehen immer eine minimale Menge Urin ab, der meiste Urin wurde jedoch willkürlich entleert. Blut war dem Urin nie beigemischt, überhaupt auch von nervöser Seite kein Symptom einer wiedereingetretenen Regel erschienen.

17. Juli. Befund: Vagina durch Narben so verengt und so difform, dass eine Untersuchung des Beckens von hier unmöglich ist. Vom Rectum her die Lineae innominatae leicht zu bestreichen. Promontorium reicht stark in's Becken. Uterus retroflectirt, gross, etwa dem dritten Monate der Gravidität entsprechend, ziemlich fixirt. Untersuchung der Scheide mit Spiegel: Hintere Muttermundslippe mit der Fistel verheilt; die Stelle der Fistel kenntlich an einer 1 Centimeter langen queren Narbe. Am linken Ende der letzteren eine ganz kleine Oeffnung, die bei Druck auf die Blase etwas Urin entleert. 20. Juli Entlassung. Nachforschungen nach der Patientin blieben erfolglos.

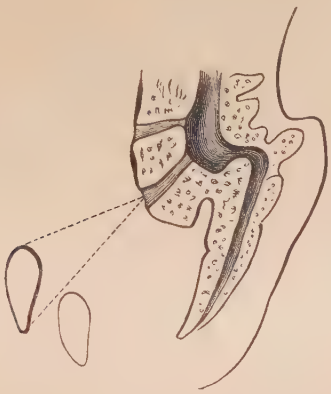
23. Tiefe Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Eine Operation. Unvollständige Heilung.

Frau Christine Kurz aus Eschau, 41 Jahre. 1881. Nr. 96. (Aufgenommen am 11. Juli.) Neun schwere Geburten. Zwei Kinder starben unter der langdauernden Geburt ab; zwei Querlagen erforderten ärztliche Hilfe. Letzte spontane Geburt vor elf Wochen. Lebendes Kind nach 24stündiger qualvoller Wehenthätigkeit. Drei Tage vorher sollen schon die Wässer angefangen haben abzugehen. Gleich nach der Geburt stechende Schmerzen in der Regio iliaca dextra und Leistengegend, besonders beim Urinlassen. Am elften Tage nach der Geburt plötzlicher Urinabgang durch die Scheide.

Befund: Ungemein starke Einsattelung der Lendenwirbelsäule. Nach abwärts kommt man auf einen tiefen Knick, der einem nach hinten offenen Winkel zwischen letztem Lenden- und erstem Kreuzbeinwirbel entspricht. Becken von hinten gesehen auffallend viereckig. Auffallend hohe, breite Sacralgegend; Raute gross. Das Kreuzbein, stark gestreckt, geht ähnlich wie beim kyphotischen Becken nach hinten heraus. Die Spinae post. sup. scharf markirt; ihre Entfernung von einander 8·5 Centimeter. Höhe des Kreuzbeines 13 Centimeter. Die Darmbeine verhalten sich wie beim kyphotischen Becken. Dist. sp. 26·5; Dist. cr. 29; Dist. troch. 30; Conj. ext. 19·5. Höhe der Symphyse circa 6·5. Sehr geringe Beckenneigung. Die Genitalien liegen weit nach vorn, so dass bei geschlossenen Füssen die Rima vulvae vollständig zu sehen ist.

Innere Untersuchung: Vordere Muttermundslippe zerrissen,

zerquetscht, in der Mitte wie mit einem Messer zerschnitten. Beim Auseinanderziehen des linken und rechten Lappens kommt die erbsengrosse Fistel zu Gesicht. Steile dicke Symphyse mit ungewöhnlich stark vorspringendem Symphysenknorpel. Der Beckenausgang im queren Durchmesser entschieden etwas enge. Das Kreuzbein verläuft von unten herauf sehr gestreckt, weit nach hinten. In der Höhe des Beckeneinganges stösst man auf den herabgesunkenen, mit seiner Vorderfläche völlig horizontal stehenden, letzten Lendenwirbel, der sich beiderseits nach hinten deutlich abrundet. Zu beiden Seiten vom falschen Promontorium fühlt man ein pulsirendes Gefäss, wahrscheinlich die Art. iliac. comm.; die Aorta nicht zu fühlen. Die



ganze rechte Beckenseite scheint etwas enger zu sein wie die linke. Das Promontorium wird vom unteren Rande des vierten Lendenwirbels gebildet. Die Entfernung dieser Stelle vom unteren Rande der Symphyse 10·5 Centimeter, vom oberen (in tiefer Narkose durch die Bauchdecken gefühlt) 7·5 Centimeter, wozu noch die geringe der Bauchdecken zu addiren ist. Conj. v. auf 8 Centimeter taxirt. Keine Zeichen von Rhachitis.

26. Juli. Operation: Knieellenbogenlage; trichterförmige Anfrischung; Silberdrahtnaht. Nach der Entfernung der Drähte zeigte sich noch immer ein, wenn auch verminderter, Urinabfluss aus einer kleinen, nicht verheilten Oeffnung hoch oben in der Scheide. Patientin wird wegen dringender Geschäfte vorläufig entlassen; sie kehrt indess nicht zurück. Unsere Nachforschungen hatten keinen Erfolg.

24. Tiefe Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Durch reichliches Narbengewebe äusserst verunstaltete Scheide. Zwei Operationen. Heilung. Zwischen erster und zweiter Operation Conception bei bestehender Fistel. Frühgeburt von $4^1/_2$ Monaten.

Frau Amalie Ternig aus Saarbrücken, 24 Jahre. 1883. Nr. 133. (Aufgenommen am 30. September.) Die erste am 12. Mai erfolgte Geburt wurde mit der Zange nach zweitägiger Geburtsarbeit beendet und ein lebendes Kind extrahirt. Dammriss wurde genäht. Die ersten acht Tage musste katheterisirt werden; am zwölften Tage bemerkte Patientin unwillkürlichen Urinabgang. Der behandelnde Arzt constatirte eine Fistel, die in einer anderen Anstalt ohne Erfolg operirt wurde. Patientin hat das Kind bis kurz vor ihrem Eintritte in die Klinik gestillt.

Befund: 3. October. Harnsalzincrustationen. Dammriss fast bis an den Anus. Bei der Digitaluntersuchung erweist sich die Scheide als ungeheuer kurz. Nach rechts ist die narbige Vaginalwand fest an den absteigenden Schambeinast fixirt. Dicht oberhalb dieser Stelle stösst der Finger auf ein von scharfen Narbenrändern umgebenes Loch, welches fast die Fingerspitze passiren lässt. Dicht oberhalb dieses Loches fühlt man eine zweite Vertiefung, die nach hinten von einem ganz scharfrandigen Narbensaume abgegrenzt ist und von dem erstbeschriebenen Loche durch eine knorpelharte, federkieldicke Brücke getrennt ist. Das ganze Vaginalgewölbe ist starr, so dass man von der Vagina aus über die Lage des Uterus nichts aussagen kann. Per rectum erweist sich der Uterus etwas verlängert, in tiefer, anscheinend fixirter Retroversion. Der schlanke Cervix verläuft nach der eben erwähnten zweiten Oeffnung hin. In der Lage à la vache wird zuerst constatirt, dass die Urethra nur für eine feine geknöpfte Sonde passirbar ist, deren Knopf in der Fistelöffnung erscheint. Aus dieser selbst, die etwa 20pfennigstückgross ist, wölbt sich die geröthete vordere Blasenwand vor. Während der Rand der Fistel nach vorn hin von einem scharfen Narbenstreifen gebildet wird, besteht der hintere Rand aus einer harten, unregelmässigen, knorpelharten Masse. Oberhalb der letzteren in einer Falte wahrscheinlich der Zugang zur Portio. Ueber diese selbst, wie über etwaige Einmündung der Ureteren in den Fistelrand, sind noch genauere Untersuchungen anzustellen.

11. October. Die allmälig dilatirte Urethra ist für einen Katheter durchgängig. Blase stark in die Höhe gezogen, so dass der Vertex fast zwei Querfinger über der Symphyse steht. Bei Sondirung erweist sich die oben beschriebene zweite Oeffnung als der Muttermund. Die vordere Lippe fehlt fast ganz. Hier wird der vordere und rechte Umfang des Muttermundes gleich direct vom Fistelrande gebildet. Die hintere Lippe ist sehr schwach ausgebildet.

Uterus retrodextrovertirt. Die Fistel liegt im rechten Scheidengewölbe; nach rechts hin haftet der Rand wohl direct am Knochen, ist aber doch verschieblich. Die Fistel sitzt, obwohl im Laquear gelegen, doch sehr tief unten in der Blase und wenig über dem Orificium urethr. int.

25. October. Decubitus mit leichter Blasenbildung. 9. November. Befund wie am 11. October. Eine gewöhnliche Knopfsonde lässt sich ziemlich dicht am Fistelrande in den linken Ureter einschieben. Heftige Schmerzen an den Rhagaden am Anus. 12. November. Erste Operation: Steissrückenlage, Narkose.

Die Mündung des rechten Ureters erscheint nahe dem Fistelrande und wird deshalb aufgeschlitzt. Die in die hintere Lippe eingesetzte Hakenzange reisst zunächst mehrere Male aus. Schliesslich gelingt es den Uterus herabzuziehen. Es fragte sich nun, soll man versuchen die Fistel auf die normale Weise zu schliessen oder soll man die hintere Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande vereinigen, was hier sehr leicht gewesen wäre. In Rücksicht auf das puerperale Alter der Patientin wird zu ersterem Versuche geschritten. Dazu muss man nun vor Allem den Cervix ziemlich hoch herauf spalten, um überhaupt einen oberen Wundrand zu erhalten. Dabei blutet es namentlich aus der rechten Cervixseite sehr stark, so dass man hier eine Unterbindung machen muss. Dann wird die Fistel angefrischt und dabei die oben beschriebene Narbe vor der Fistel excidirt. In die Anfrischung fällt auch ein Theil der vorderen Lippe. Daher liegt ein Theil der Drähte im Cervicalcanal. Darauf wird noch die eingerissene hintere Lippe wieder vereinigt. Salicylsäureausspülung der Blase. Naht völlig dicht.

15. November. Wegen starken Urindranges wird ein Nélaton eingelegt. 22. November. Vor zwei Tagen wurden die Drähte entfernt und der Katheter. Seit gestern nach dem Aufstehen fliesst wieder Urin durch die Scheide. Es besteht in der Narbe eine kleine Fistel. Bettruhe, Verweilkatheter. 6. December. Vor acht Tagen wurde der Katheter fortgenommen. Des Morgens sollen noch einige Tropfen Urin abgehen. Eine Fistelöffnung wird nicht gefunden und Patientin am 8. December als „geheilt“ entlassen. Sie kann den Urin zwei Stunden halten. Die Menstruation war bis zum Eintritte in die Klinik schon zweimal wieder aufgetreten und war auch während des Aufenthaltes hierselbst ungestört.

Wiedereintritt am 15. Mai 1886. Patientin hatte bald nach ihrer Entlassung über fortwährendes, allerdings spärliches Abträufeln von Urin zu klagen. Daneben liess sie grosse Quantitäten spontan. Im Mai 1884 hatte sie eine Fehlgeburt von $4^1/_2$ Monaten. Menstruation ungestört. Am 25. Mai wird die kleine Fistel durch Anfrischung und Naht geschlossen. 4. Juni geheilt entlassen.

Nachricht vom 8. April 1892 (Arzt). Patientin blieb völlig continent. Vor einem halben Jahre wurde durch die Harnröhre ein weicher Blasenstein entfernt. Keine weitere Geburt.

25. Tiefe Blasen - Gebärmutterscheidenfistel seit 41 Jahren bestehend. Defect der vorderen Blasenwand an der Symphyse und Verwachsung des oberen Fistelrandes mit dieser Stelle. Nach zwei erfolglosen Operationen Vereinigung des hinteren Laquear mit dem unteren Fistelrande. Heilung.

Frau Anna Flicker aus Still, 65 Jahre. 1884. Nr. 157. (Aufgenommen am 19. August.) Erste und einzige Geburt vor 41 Jahren, wurde nach fünftägiger Wehenthätigkeit durch Perforation zu Ende geführt. Patientin wurde genäht. Sie lag acht Wochen im Kindsbett und verlor andauernd Urin. Eine damals vorgenommene Operation war erfolglos.

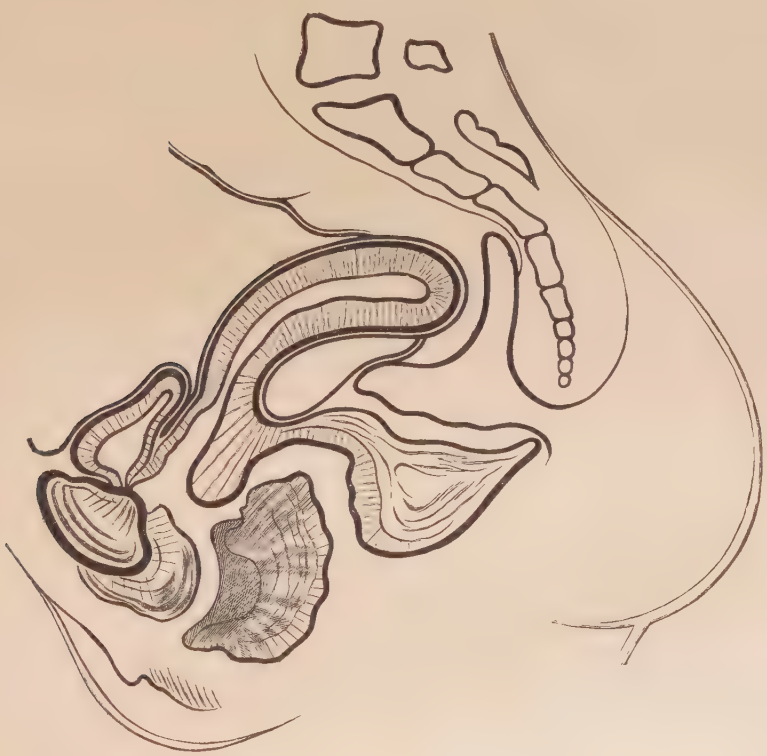
Befund: Sehr abgemagerte Person. Die Haut in der Umgebung der Vulva und des Anus klerotisch verdickt, theilweise wund. Am Anus tiefe Rhagaden und Fissuren. Fast vollständiger Prolaps der Scheide (soll nach Angabe der Patientin schon in ihrem 20. Lebensjahre begonnen haben). Die Schleimhaut stark verdickt, trocken, lederartig, stellenweise von Narbensträngen durchzogen. Hoch oben in der Scheide und etwas links von der Mittellinie eine für einen Finger bequem durchgängige Fistel, aus der geröthete Blasenschleimhaut sich wulstig hervordrängt. Ein durch die weite Urethra in die Blase eingeführter Katheter wird mühelos aus der Fistel herausgeleitet. Die Blase selbst erweist sich als eng. Der Uterus scheint retroflectirt zu liegen. Bei der Spannung der Bauchdecken und der Derbheit der Scheide ergibt die bimanuelle Untersuchung über das Verhalten des ersteren keine sicheren Resultate. Urin klar.

28. August. Erste Operation: Steissrückenlage, ohne Narkose.

Der linke Ureter wird leicht sondirt, die rechte mehr nach vorn und fast in der Medianlinie gelegene Ureterenmündung schwieriger gefunden. Etwa 2 Centimeter weite Spaltung des rechten Ureters. Anfrischung der Fistelränder. Vereinigung durch oberflächliche und tiefe Silbersuturen, besonders links, des narbigen Gewebes wegen schwierig. Verweilkatheter.

3. September. Der Katheter wurde bereits entfernt; Entfernung der Drähte. Die Wunde wird nirgends klaffend gefunden und doch fliesst Urin ab, wie es scheint, nicht aus der Urethra. 10. September. Fistel wieder vorhanden. Vom 14. September bis Ende October häufiger Durchfall mit Unpässlichkeit. Durch zwei Untersuchungen erhobener Befund: Der durch die Fistel in die Blase eingeführte

Finger constatirt rechts und hinten an der Symphyse einen von Schleimhaut entblössten Vorsprung, der sich deutlich rauh und wie Knochen anfühlt. Während der untere Fistelrand einen scharfen Saum bildet, ist der obere nach der Blase eingestülpt und mit der Blasenschleimhaut, welche die obere Umrandung des bezeichneten Vorsprunges bildet, verwachsen. Die durch die Verwachsung entstandene Gewebspartie springt segelartig in die Blase vor und



lässt sich deutlich als nicht aus Schleimhaut bestehend erkennen; die Blase ist dadurch in ihrem Lumen, besonders nach links, wohin sich dieser Strang erstreckt, beschränkt, während nach rechts der Katheter ziemlich weit hinauf dringen kann. Durch die Verwachsung des oberen Fistelwinkels mit der vorderen Blasenwand ist der Muttermund in die Fistel hineingezogen. Die Muttermundsöffnung liegt zwischen den Falten des Stranges verborgen, der den oberen Fistelrand mit der vorderen Blasenwand verbindet, und erscheint

erst, als dieser Strang durch Häkchen auseinandergezogen wird. Der Uterus selbst liegt retroflectirt.

Zweite Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose. Da die Anfrischung durch den in die Fistel hineinragenden Cervix erschwert und behindert wird und nur durch Hineinziehung desselben in die Fistel möglich wäre, dies aber nicht thunlich erscheint, so wird links neben der Fistel zunächst eine rautenförmige Anfrischung gemacht und durch Vernähen derselben der Muttermund aus der Fistel entfernt. Dadurch werden zugleich zwei zur Anfrischung geeignete Ränder geschaffen und für heute die Operation beschlossen.

15. November. Dritte Operation. Die Untersuchung ergibt, dass durch die bei der vorigen Operation unterhalb des in die Blase reichenden Uterus gemachte Anfrischung und Vereinigung, wodurch eine Art Cravatte gebildet wurde, der Zweck, den Cervix aus der Blase zu heben, nicht erreicht war. Es war demnach nicht zu umgehen, den Cervix in der Blase liegen zu lassen und es wurde daher der untere Fistelrand angefrischt und mit einer angefrischten Partie des hinteren Laquear vereinigt. Verweilkatheter.

18. November. Der Katheter wird, da zeitweise Contractionen der Blase erfolgen, wobei Harn neben demselben abfliesst, entfernt. Patientin vermag den Urin noch nicht längere Zeit zu halten, kann ihn aber auch noch nicht willkürlich entleeren. Stündliche Katheterisation.

23. November. Entfernung der Nähte. Patientin lässt den Harn spontan, allerdings noch häufig, und wird am 25. November an die Reconvalescentenanstalt entlassen.

Mehrfache Nachforschungen über das spätere Befinden der Patientin blieben erfolglos.

26. Tiefe Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Erste Operation. Trockene Naht. Zweite Operation. Nach Abtragung einiger Randpartien der Fistel Naht. Heilung.

Frau Busam aus Appenweier, 37 Jahre. 1884. Nr. 220. (Aufgenommen am 14. November.) Von den neun Geburten verliefen die sieben ersten leicht und ohne Kunsthilfe. Bei der achten Geburt wurde wegen Querlage gewendet. Das Kind lebte wie auch die sieben vorhergehenden. Die neunte Geburt wurde am 28. October durch Zange beendet und ohne grosse Mühe ein todtes Kind extrahirt. Die Blase soll vierzig Stunden vorher gesprungen sein. Abgesehen von einigen Vorwehen traten kräftige Wehen zwölf Stunden vor der Geburt auf. Rechts über dem horizontalen Schambeinaste trat bei jeder Wehe ein fixer Schmerz ein; die letzten sieben Stunden vor der Geburt soll zwischen den einzelnen Wehen keine Pause gewesen sein. Vom zwölften Tage nach der Geburt

datirt der unwillkürliche Urinabfluss. Die Regel war früher immer normal, ist seit der letzten Geburt noch nicht wieder erschienen.

Befund: Frischer nicht verheilter Dammriss. Etwa 5 Centimeter über dem Ostium ureth. ext. stösst der Finger auf einen klaffenden, von links unten nach rechts oben die vordere Wand der Vagina durchtrennenden Riss, welcher rechts bis an die Grenze des Laquear reicht, links etwa 2 Centimeter davon entfernt ist; der untere Rand ist nur in seinem medianen Theile scharf, der ganze übrige Theil ebenso wie der ganze hintere Rand ist vielfach zerklüftet, in einzelne wulstige Prominenzen zerrissen. Von einer vorderen Muttermundslippe ist nichts mehr vorhanden, von der hinteren steht nur ein kleiner linker Theil. Der Uterus vergrössert und anteponirt, ist in toto nach unten gesunken und gegen die Fistel zu und kann von dem Risse aus mit dem Finger in die Höhe gehoben werden. Bei der Spiegeluntersuchung ergibt sich, dass der Riss im Ganzen eine sternförmige Figur hat. Den unteren und mittleren Theil bildet die Fistel, der nach oben und seitlich beiderseits gebildete Riss ist Schleimhautriss. Diese Risse sind unterminirt. Die vordere Wand des Cervix ist theilweise mitzerstört. Mit dem untersuchenden Finger gelangt man von der Fistel aus unter der Scheidenschleimhaut nach oben auf Uterusgewebe. Mit dem Zeigefinger und der Sonde kann man in den Uterus eindringen. Becken: Dist. sp. 22·5; Dist. crist. 27; Dist. troch. 31; Conj. ext. 20.

26. November. Erste Operation. Heute Morgen wurde Patientin noch einer genauen Untersuchung unterzogen. In der Lage à la vache wurde oben der Sims'sche Spiegel eingelegt und mit scharfen Häkchen und Zangen, die häufig ausrissen, versucht, die Fistel genügend frei zu legen. Es stellte sich dabei heraus, dass die Fistel zu hoch sass, um in der Knieellenbogenlage genügend zugänglich gemacht werden zu können. Patientin wird daher in die Linksseitenlage gebracht. Hiebei ergibt nun die Untersuchung, dass die Verhältnisse etwa folgendermassen liegen: Die ganze Fistel bildet einen Trichter, dessen Spitze in der Blase liegt, dessen Basis gebildet wird aus einem Defect des vorderen Laquears, der ganzen vorderen Lippe und noch eines grossen Theiles der vorderen Cervixwand, so dass der obere Rand nur wenig vom Peritoneum getrennt ist. In der Hoffnung, durch einen Vereinigungsversuch von *a* mit *b* (siehe Figur) durch trockene Naht ohne Anfrischung eine Heilung zu erzielen, eine Hoffnung, die sich darauf stützte, dass das Uterusgewebe noch sehr wund war, wurden erst einige Entspannungsdrähte eingelegt und dann *b* an *a* heruntergezogen. Dieser Versuch misslang; schon Nachmittags ging wieder Urin durch die Scheide. Tamponade; Verweilkatheter. 5. December. Die angestrebte Verwachsung der Fistelränder bleibt aus. Deshalb am 6. December zweite Operation.

Nachdem sich durch den ersten Versuch herausgestellt hatte, dass einmal der obere Fistelrand viel zu dünn und zerreisslich, das andere Mal der gerade Durchmesser der Fistel zu gross ist, als dass man durch vertical gestellte Nähte auf einen Erfolg rechnen dürfte, so wurde in Linksseitenlage unter Beibehaltung des Princips der trockenen Naht zur zweiten Operation geschritten. Nach Herabziehung des Uterus mittelst einer durch die hintere Lippe gelegten Fadenschlinge wurde die erstere durch tiefe Seitenschnitte freigemacht, nach hinten gezerrt und damit auch der Cervicaltheil der Fistel blossgelegt. So gelang es zum ersten Male den dünnen oberen Fistelrand zu Gesicht zu bekommen; es zeigte sich jetzt, dass der ganze Fistelcanal schräg trichterförmig von oben hinten nach unten vorne den Cervix, das Laquear und die Blasenwand durchbrach;

der ganze obere Rand war dünn, zugeschärft, der untere wulstig, dick. Nach der Blosslegung wurden die beiden Ureterenmündungen aufgesucht und nach der Höhle der Blasenwandung zu etwa 1 Centimeter hinauf gespalten. Nach Abtragung einiger vorstehender Randpartien der Fistel, speciell eines Lappens der prolabirten Blasenschleimhaut am unteren Fistelrande, wurden nun Silberdrähte der dicksten Sorte in querer Richtung in weitem Abstande vom Fistelrande eingelegt. Man schritt dabei vom unteren Fistelrande zum Cervix hinauf, weil nach Schnürung der untersten Schlingen sich die Fistelränder nach oben allmälig einander näherten, wodurch der schwierigste Theil der Operation, die Schliessung des oberen Fisteltheiles, ungemein erleichtert wurde. Die unterste und oberste Drahtschlinge wurde unterhalb, respective oberhalb des wirklichen Fistelrandes mit weiter Umgreifung der Umgebung applicirt. Der Effect dieses Verfahrens zeigte sich in der Annäherung der eigentlichen

Fistelränder und in der Entspannung der dieselben umkreisenden Schlingen sehr vortheilhaft. Verweilkatheter.

Nach dreitägiger permanenter und dann fünftägiger Katheterisation in Intervallen functionirt die Blase gut. Am 19. December werden die leicht erreichbaren Drähte entfernt. Patientin kann den Urin zwei Stunden halten. 21. December geheilt entlassen.

Im Juli 1885 wurden noch mühelos zwei Drähte entfernt, die im Cervix lagen. Die Function der Blase ist wieder ganz normal.

Nachricht (Frau) vom 8. April 1892. Sofort nach der Entlassung trat die Periode wieder ein und war dann regelmässig wie früher. Noch drei weitere Geburten. Vom Arzte wurde bei allen drei Kindern, die lebend und ganz ausgetragen waren, die Perforation gemacht. Patientin ist völlig continent geblieben.

27. Tiefe Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Eine Operation: Hintere Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande vereinigt. Heilung.

Frau Rochel aus Labroque bei Schirmeck, 40 Jahre. 1885. Nr. 35. (Aufgenommen am 15. December.) Von sieben Geburten waren die sechs ersten leicht. Letzte Geburt am 27. September. Wehenbeginn am Tage zuvor Abends 10 Uhr. Die Wehen waren sehr heftig und dauerten die ganze Nacht durch, dann hörten sie plötzlich auf. Gleichzeitig trat heftiges Erbrechen auf. Der herbeigerufene Arzt fand die Kreissende in hochgradiger Blässe, mit kaltem Schweiss bedeckt, das Gesicht verfallen, den Puls elend und unzählbar. Das Kind war todt. Der Arzt machte die Wendung und Extraction und constatirte dann in der hinteren Wand des Uterus etwas über dem Cervix einen in die Peritonealhöhle perforirenden Riss, aus dem Därme bis tief in den Cervix herabhingen. Letztere wurden reponirt und fielen nicht mehr vor. Nach Ausspülung mit 0·1percentiger Sublimatlösung wurde aussen auf den Unterleib und innen in die Scheide Eis applicirt. Die am dritten Tage ausbrechende Peritonitis localisirte sich am sechsten Tage auf die linke Seite des Unterleibes, kapselte sich ab und brach am 15. Tage nach der Vagina durch. Gleichzeitig zeigte sich in dieser ein croupös-diphtheritischer Belag; die dadurch verursachten Ulcerationen sollen eine jetzt bestehende Blasenscheidenfistel verursacht haben.

Befund: Scheide verkürzt; Uterus sinistroretroponirt, nicht vergrössert. In der vorderen Scheidenwand hoch oben ein nach unten scharf begrenztes, nach oben von narbig wulstigem Gewebe umrandetes, etwa zehnpfennigstückgrosses Loch. Der in dieses eindringende Finger kommt nach der Blase in ein zweites engeres Loch, welches mit dem ersteren einen Trichter bildet. Auch dieses ist nach unten scharf umrandet. Nach oben bildet die Grenze ein

dicker Saum, in dem ein Spalt zu entdecken ist, in welchen die Uterussonde mit Leichtigkeit nach links und hinten bis auf 5 Centimeter eingeführt werden kann. Die hintere Muttermundslippe ist in dem Fistelloche deutlich zu fühlen. Dagegen fehlt die vordere Lippe, welche schräg in den Defect mit hineingezogen ist. Durch Einsetzen eines scharfen Hakens in die vordere Uteruswand gelingt es, dieselbe nach unten zu ziehen. Es wird also wahrscheinlich möglich sein, diese vordere Cervixpartie herunterzuziehen, anzufrischen und mit dem unteren angefrischten Fistelrande zu vereinigen. Becken normal.

4. Januar. Patientin sollte heute Morgens operirt werden. Bei der vorher in linker Seitenlage vorgenommenen Untersuchung stellte sich heraus, dass das von der vorderen Cervixwand fehlende Stück so beträchtlich ist und der obere Fistelrand in Folge dessen so hoch steht, dass es kaum möglich wäre, denselben herunterzuziehen, geschweige denn, bei der nicht zu vermeidenden enormen Spannung eine dauernde Vereinigung zu erzielen. Ausserdem war der Rand so schmal, dass die Anfrischung kaum gelingen könnte und die Gefahr, dabei das Peritoneum zu verletzen, sehr gross wäre. Es wurde daher von der Vereinigung der wirklichen Fistelränder Abstand genommen und es blieb nur mehr die Vereinigung der hinteren Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande übrig.

19. Januar. Operation: Linksseitenlage. Anfrischung der hinteren Lippe und des unteren Fistelrandes. Naht mit Silber. Dauerkatheter.

21. Januar. Von gestern ab wurde katheterisirt. Patientin lässt jetzt den Urin spontan.

28. Januar. Geheilt entlassen. Lässt den Urin alle drei bis vier Stunden.

Nachricht vom 20. Mai 1892 (Frau). Die Regel trat etwa fünf Monate nach der Geburt wieder ein. Das Blut ging dabei durch die Harnröhre ab, ungefähr alle drei Wochen ohne Beschwerden. Die Function der Blase ist völlig normal. Keine weitere Gravidität.

28. Tiefe Blasen-Gebärmutterscheidenfistel. Drei Operationen. Unvollständige Heilung.

Eva Seltzer aus Lampertheim, 19 Jahre. 1891. Nr. 30. (Aufgenommen am 2. März.) Ende October 1890 kam Patientin zum ersten Male nieder. Nach dreitägiger energischer Geburtsthätigkeit, wobei zum Schlusse ein andauernder Schmerz im Unterleibe eintrat, wurde ein todtes Kind mittelst Zange zu Tage gefördert. Drei Tage hindurch war die Blasenfunction ungestört. Dann unwillkürlicher

Urinabfluss per vaginam. Periode früher immer unregelmässig, alle 12 bis 14 Wochen.

Befund: Am Steissbein ein Decubitalgeschwür. Vulva erodirt und äusserst schmerzhaft. Die vorläufige innere Untersuchung ergibt eine hoch oben gelegene Communicationsöffnung zwischen Vagina und Blase, etwa von der Grösse eines Zehnpfennigstückes. Becken allgemein zu klein; Conj. d. 9·25.

13. März. Vagina kurz. Die vordere Lippe fehlt ganz, ein Theil der hinteren ebenfalls. An Stelle der letzteren narbiges Gewebe. Die Stelle der vorderen Lippe wird von der oben erwähnten Fistel eingenommen. Uterus retrosinistrovertirt und perimetritisch fixirt.

30. April. Erste Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose. Die Fistel ist schlecht zugänglich zu machen, lässt sich nicht ordentlich herabziehen. Breite Anfrischung und quere Vereinigung durch fünf Drähte. Verweilkatheter.

11. Mai. Seit drei Tagen wurde der Dauerkatheter fortgelassen und Patientin liess alle zwei bis drei Stunden spontan den Urin. Es geht aber wieder Harn durch die Scheide. Entfernung zweier leicht zu lösender Drähte. Verweilkatheter. 14. Mai. Bei einem Stuhlgange geht der Tampon, der heute Morgens eingelegt wurde, wieder ab und zugleich kommen die drei Drähte mit.

25. Mai. Zweite Operation, ohne Narkose. Die Fistelöffnung ist entschieden kleiner wie ursprünglich. Sie wird breittrichterförmig angefrischt und mit vier Drähten geschlossen. Ein Entspannungsdraht. Am selbigen Tage geht schon wieder Urin durch die Scheide.

9. Juni. Patientin blieb seit sieben Tagen ganz trocken. Heute Abends fliesst wieder Urin durch die Scheide. Entfernung der Drähte. In der Tiefe der Narbe besteht wieder eine ziemlich grosse Fistelöffnung. Wegen reichlicher Concremente und Granulationen um die Fistel herum ist wieder eine Vorbereitung nöthig. Abwechselnd ausser Bädern Aetzen und Olivenölwattetampons.

18. Juli. Dritte Operation: Seitliche Spaltung des Portiorestes zur besseren Freilegung der Fistel. Anfrischung und quere Vereinigung durch Silberdrähte. Verweilkatheter; Tamponade.

27. Juli. Urin fliesst wieder theilweise aus der Scheide. Entfernung der Drähte.

30. Juli. Entlassung. Patientin soll in fünf Wochen zurückkommen. Sie erscheint aber nicht wieder. — Unser Brief blieb unbeantwortet.

IV. Blasencervixfisteln.

29. Blasencervixfistel. Eine Operation. Heilung.

Frau Marie Severin aus Continig, 31 Jahre. 1880. Nr. 122. (Aufgenommen am 29. October.) Patientin hat dreimal geboren. Die beiden ersten Geburten waren leicht. Letzte Geburt am 8. August; mit der Zange wurde ein todtes Kind extrahirt. Am Tage nach der Geburt unwillkürlicher Wasserabgang; doch konnte Patientin den Urin noch theilweise halten. Nach fünf Wochen völlige Incontinenz. Alle drei bis vier Wochen bekommt Patientin Anfälle und verliert dabei das Bewusstsein. Periode früher immer unregelmässig, alle vier bis sieben Wochen, ist nach der Geburt noch nicht wieder aufgetreten.

Befund: Uterus durch Narbenzug links, extramedian gestellt, vollständig gerade aufgerichtet in mässiger Puerperalatrophie. Vordere Muttermundslippe ganz, hintere bis auf die linke Hälfte zerstört, vielfachnarbig. Eine breite Narbe zieht durch's vordere Laquear und nimmt die vordere Wand des Cervix ein. Die für einen 4 Millimeter dicken Katheter passirbare Fistel ist spaltförmig und zieht von links oben nach rechts unten durch die vordere Cervicalwand zur Blase. Die ganze sichtbare Cervixpartie ist mit leicht blutenden Granulationen besetzt. Becken: Dist. sp. 22; Dist. crist. 29; Conj. ext. 18. Stark vorspringender Symphysenknorpel. Beschaffenheit der Ossa ilei und des Kreuzbeines spricht für rhachitischen Charakter.

11. November. Operation: Steissrückenlage. Die Fistel ist sehr schwer zugänglich zu machen. Steiltrichterförmige Anfrischung und Naht mit fünf Silberdrähten.

12. November. Patientin lässt den Urin spontan; in der Nacht steht sie zweimal auf.

21. November. Vor fünf Tagen hatte Patientin einen Anfall. Die Wunde ist lineär vereinigt. Die Drähte bleiben noch liegen.

28. November. Nach vorheriger Entfernung der Drähte wird Patientin geheilt entlassen.

Nachricht vom 8. April 1892 (Frau). Die Regel trat zum ersten Male wieder am 6. Januar 1881 ein, dann alle vier Wochen, fünf bis sechs Tage dauernd. Nächste Geburt Frühgeburt im sechsten Monate. Das Kind war todt (Kopflage), 1882. Ein zweites Kind wurde, sieben Monate alt, geboren und lebt noch jetzt ($6^1/_2$ Jahre alt). Die Harnblase functionirt gut. Patientin leidet aber wie früher noch an häufigen Anfällen.

30. Blasencervixfistel. Vier Operationen. Heilung.

Frau Katharina Kirsten aus Sirzenich bei Trier, 29 Jahre. 1891. Nr. 55. (Aufgenommen am 1. Juni.) Das erste Kind wurde perforirt. Die zweite und dritte Geburt wurden mit Zange beendet. Lebende Kinder. Die vierte, am 1. April erfolgte Geburt war ebenfalls eine Zangengeburt, und wurde ein todtes Kind extrahirt. Vom vierten Tage dieses Wochenbettes ab verlor Patientin unwillkürlich Urin. Die Regel war früher normal, ist noch nicht wieder aufgetreten.

Befund: Muttermund zerklüftet und gewulstet, besonders die hintere Lippe. In der mittleren Höhe der vorderen Cervixwand eine kraterförmige Oeffnung, aus der andauernd Urin fliesst und die auch mittelst des Katheters bequem sondirt werden kann. Uterus anteflectirt, beweglich, noch gross. Promontorium leicht zu erreichen. Conj. diag. 9 Centimeter.

3. Juni. Erste Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose. Bei der Freilegung des Operationsfeldes fällt besonders die grosse Weichheit und Auflockerung des ganzen Cervicalgewebes auf, so dass die Stichcanäle der Muzeux'schen Hakenzangen unverhältnissmässig profus bluten, ein Umstand, der bei der darauffolgenden Operation unangenehm störend empfunden wird. Ebenso störend war bei der steilen Anfrischung die Unmöglichkeit, den ganzen Trichter im Zusammenhange herauszupräpariren; die einzelnen Oberflächenpartien rissen in Stücken ab. Auch beim Durchlegen der vier Drähte riss der eine auf einer Seite glatt durch das noch morsche Gewebe. Das Zuschnüren der Drähte gelingt schliesslich doch noch gut. Dieselben werden quer angelegt, so dass die Vereinigung der Wunde eine lineäre, sagittal gelegene wird. Tamponade. Dauerkatheter.

8. Juni. Erste Regel nach der Geburt mit Schmerzen im Leib. 18. Juni. Der Urin läuft seit vorgestern andauernd ab. Entfernung der Drähte. In der Tiefe der Fistelwunde zeigt sich eine kleine Oeffnung nach der Blase. 29. Juni. Patientin ging seit einer Woche herum und verlor in den letzten Tagen keinen Urin mehr. Heute behauptet sie, das Wasser nur eine halbe Stunde halten zu können. Selbst eine Anfüllung der Blase mit Flüssigkeit lässt eine Communication zwischen Blase und Genitalschlauch nicht auffinden.

7. Juli. Neben der alten, gut geschlossenen Fistelnarbe besteht eine ganz kleine Oeffnung (Stichcanal). Zweite Operation: Breite Anfrischung; drei Drähte.

18. Juli. Ein Draht hat durchgeschnitten, ein zweiter ist abgebrochen. Ohne weitere Anfrischung werden zwei neue Drähte eingelegt. 28. Juli. Patientin kann den Urin nur eine Stunde halten;

dann tropft es wieder aus der Vagina. Tamponade; Verweilkatheter. Dieser Zustand bessert sich nicht wesentlich, deshalb am 31. August dritte Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose. Die noch vorhandene Fistel sitzt im untersten Theile der vorderen Lippe, lässt eben noch eine feine Sonde passiren. Sagittal-ovaläre Anfrischung. Sechs Drähte, darunter zwei umfassende. Verweilkatheter.

6. September. Patientin lässt spontan Urin. Nachts Katheter. Seit dem 11. September ging wieder Urin durch die Scheide ab. Patientin acquirirte dann einen fieberhaften Bronchialkatarrh, und wird nach Ablauf desselben erst am 8. October zur vierten Operation geschritten. Nur eben für einen Ureterenkatheter passirbare Fistel unten im Cervix. Breite Anfrischung in der Längsrichtung. Silberdraht. Tamponade; Dauerkatheter.

11. October. Halbstündlicher Schüttelfrost mit 40·1. Schmerzen im Abdomen. Katheter wird entfernt. 19. October. Seit sechs Tagen ist das Fieber verschwunden. Patientin lässt seit dieser Zeit spontan Urin. Da sie aber nicht allen Urin entleert, so wird täglich viermal katheterisirt. Die Drähte werden heute entfernt. Vom 26. October ab war die spontane Entleerung der Harnblase vollständig und wird Patientin drei Tage später mit Occlusivpessar geheilt entlassen. Die Menstruation war während der ganzen klinischen Behandlung unregelmässig.

Patientin wurde nicht ermittelt.

31. Blasencervixfistel. Eine Operation. Heilung.

Frau Adelheid Bürk aus Moesbach in Baden, 42 Jahre. 1892. Nr. 7. (Aufgenommen am 21. Januar.) 11 Partus. Drittletzte Geburt mit Zange beendet. Die übrigen Geburten, mit Ausnahme der letzten, normal. Diese fand am 9. October 1891 statt. Zwillinge, Knabe und Mädchen. Das zweite Kind wurde vom Arzte wegen Querlage mit Vorfall eines Armes gewendet. Die ganze Geburt dauerte nur zweieinhalb Stunden. Zwischenzeit zwischen der Geburt des ersten und zweiten Kindes eineinhalb Stunden. Die Hebamme holte das Wasser gleich nach der Geburt, da die Patientin grosses Drängen hatte und nicht uriniren konnte. Der Harn kam tropfenweise. Noch am selben Tage stellte sich der unwillkürliche Urinabfluss ein und geht seitdem alles Wasser durch die Scheide. Die Wendung und Extraction ohne Narkose waren nach Bericht des Arztes ziemlich leicht. Das zweite Kind war todt. Beide Kinder sollen nach Aussage der Frau sehr gross gewesen sein. Das erste Kind starb nach vierzehn Tagen an Brechdurchfall und wurde bis dahin von der Mutter gesäugt. Die Periode war früher regelmässig, ist bis jetzt noch nicht erschienen.

Befund: Aus der Vagina fliesst fortwährend klarer Urin. Scheide weit, glatt, weich. Portio kurz, ziemlich weich, rechts eingekerbt, links eingerissen bis in's Laquear. Cervix bis zum inneren Muttermunde durchgängig. Die vordere Lippe zeigt eine Tasche, welche von oben nach unten geht und in ihrer Tiefe eine für die Fingerspitze durchgängige Oeffnung nach der Blase hat. Uterus ziemlich gross, etwas dick, gestreckt, etwas retroponirt und leicht retrovertirt. Beim Vornüberlegen desselben diffuse Resistenz im Douglas. Aus der Blase bringt der Katheter nur einige Tropfen Urin; er lässt sich von dort leicht in die Fistel einführen. Schambogen weit; Promontorium etwas, hintere Fläche der Symphyse stark vorspringend. Becken: Dist. sp. 26; Dist. crist. 29; Dist. troch. 31·5; Conj. ext. 19; Conj. diag. 11.

26. Januar. Operation: Linksseitenlage, ohne Narkose.

Bei der Freilegung des Gesichtsfeldes bluten die Stellen, wo Haken gefasst haben, sehr reichlich, und die Gewebe sind so weich, dass sowohl in der vorderen wie in der hinteren Lippe Haken ausreissen. Zunächst wurde der Cervix rechts gespalten, wobei eine Arterie spritzte, welche gefasst wurde; dann wurde der Cervix links ebenfalls mit der Scheere aufgeschnitten. Nun übersah man die grosse Fistelöffnung sehr gut. Dieselbe wurde steil angefrischt (in der Längsrichtung) und dann mit zwei tiefen und drei oberflächlichen Drähten geschlossen. Hierauf mussten noch die stark blutenden Cervix-Incisionen rechts und links, sowie die Zerreissungen der vorderen und hinteren Lippe genäht werden, was zum Theil mit Draht, zum Theil mit Seide geschah. Da aber jeder neue Stichcanal selbst wieder blutete, so hörte man mit dem Nähen auf und tamponirte die Vagina mit Jodoformgaze fest aus. Der Katheter entfernte sofort eine geringe Menge blutigen Urins aus der Blase. Dauerkatheter. Abends Entfernung des Tampons.

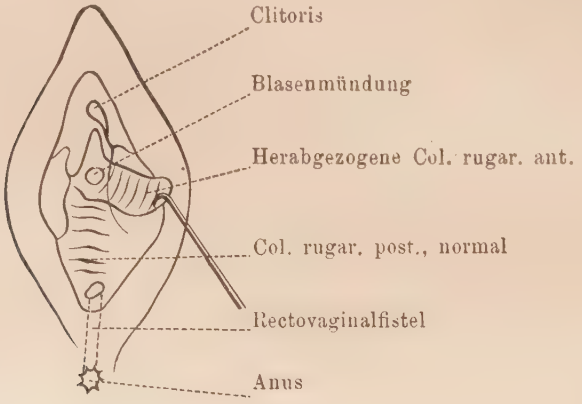
27. Januar. Urin blutig. Katheter muss häufig gewechselt werden, da er durch Blutgerinnsel verstopft wird. 28. Januar. Patientin fiebert leicht. 31. Januar. Temperatur normal. Patientin wird von jetzt ab stündlich katheterisirt. 3. Februar. Patientin urinirt spontan. Die Drahtschlingen werden nicht entfernt. 9. Februar. Geheilt entlassen.

Nachricht vom 12. April 1892 (Arzt). Wiedereintritt der Regel vor vier Wochen. Die Blase functionirt gut.

V. Harnröhrenscheidenfisteln.

32. Grosser Defect des Septum urethro-vaginale, durch syphilitische Geschwüre entstanden. Zwei Operationen. Besserung.[8])

Mathilde B. aus Strassburg, 40 Jahre. 1882. Nr. 103. (Aufgenommen am 6. Juli.) Patientin ist seit 1873 Puella publica und wurde im selben Jahre zum ersten Male in die hiesige Klinik für Geschlechtskrankheiten aufgenommen. Nach dem Journal letzterer Anstalt handelte es sich um eine Initialsklerose dicht am Ostium ext. der Urethra. Im Jahre 1874 zeigten sich multiple Ulcerationen



auf den grossen und kleinen Labien und dann in der folgenden Zeit Ulcerationen an der Clitoris, Larynx, Uvula, in der Urethra (1876) und an der Zunge (1878). Seit sechs Jahren soll nach Angabe der Patientin der Urin fortwährend unwillkürlich abgehen. Die Menses sollen früher regelmässig gewesen sein und seit zwei Jahren cessiren.

Befund: Kleine, elend aussehende Person. Multiple Drüsenschwellungen. Zäpfchen fehlt vollkommen. Am Arcus glossopalatinus

[8]) Dieser Fall ist zwar keine Harnröhrenscheidenfistel im strengen Sinne des Wortes; nichtsdestoweniger halte ich die Veröffentlichung desselben unter dieser Rubrik wegen seiner grossen Aehnlichkeit mit den wirklichen Urethralfisteln und seiner seltenen Aetiologie wegen für berechtigt. Zwei verwandte Fälle, welche von Herrn Prof. Freund in der Strassburger Klinik operirt wurden, sind bereits publicirt. (Ueber Spaltung der hinteren Urethralwand und über Defect des ganzen Septum urethrovaginale. Inaug.-Diss. von Fried. Rudeloff. Strassburg 1881.)

eine strahlige Narbe. Von beiden Tonsillen nur kleine Stümpfe zu sehen. An den grossen Labien keine deutlichen Narben. Linke kleine Labie stark vergrössert, in ihrer unteren Hälfte nach innen ausgeschweift; rechte kleine Labie ganz vernarbt, mit zackigen Rändern. Frenulum vorhanden, aber offenbar aus zwei getrennten Partien zusammengeheilt. In der Fossa navicularis eine Grube, die Eiter enthält und sich unter die Columna fortsetzt. Der in's Rectum eingeführte Finger fühlt dort die Sonde durch, eine Fistelöffnung von der Grösse einer Erbse durchdringend, etwa 2·5 Centimeter oberhalb des Anus. Clitoris mitsammt dem Präputium vergrössert; die Verbindung vom rechten Frenulum clitorid. zur rechten Nymphe vollkommen durchulcerirt. Durch die Mitte des Frenulum geht eine haardicke Oeffnung hindurch. Die Columna rug. ant. ist vorhanden, nur im vorderen Theile vernarbt. Sie ist von der Unter-

lage etwa 3 Centimeter weit vollkommen abgehoben. Eine äussere Urethralöffnung ist nicht vorhanden, an deren Stelle eine breite Grube, in der sich ein Finger bequem hin und her bewegen lässt und an deren oberem Rande zwei Carunkeln herabhängen. Diese Grube stellt die ulcerirte Harnröhre dar; an ihrem hinteren Ende verengert sie sich etwas und lässt nur noch die Spitze des Zeigefingers passiren; der kleine Finger passirt die Verengerung und gelangt leicht in die leere Blase, deren Wandungen aneinander liegen. Die beschriebene Urethralgrube ist von gerötheten Wandungen umgeben. Die Portio vag. springt wenig in die Scheide vor; man fühlt ein ganz kleines Ostium uteri ext.; im Speculum zeigt sich dasselbe von kleinen Erosionen umgeben, keine Einrisse. Corpus atrophisch, in normaler Lage. Kleines rechtes Ovarium, linkes sehr klein. Hämorrhoiden.

18. Juli. Erste Operation, mit Narkose. Zunächst werden die beiden Ränder der Columna rug. ant. angefrischt, sodann die gegenüberliegende Schleimhaut zu beiden Seiten der früheren Urethra.

Vernähung der gegenüberliegenden angefrischten Flächen durch Seide. Anfrischung der Rectovaginalfistel. Naht.

19. Juli. Urin konnte gestern Nachmittag schon mehrere Male gelassen werden. Heute schon blutfrei, nur noch leicht getrübt. Sehr häufig Urindrang. Das vorderste Ende der Columna rug. ant. ist blutig imbibirt. Kein Belag. Jodoform wird aufgestreut.

21. Juli. Rothes Blut im Stuhl (Hämorrhoiden).

1. August. Da Patientin wieder Urin verlor, so wird heute eine Wiederanfrischung und Vernähung des rechten Wundrandes vorgenommen. Die Rectovaginalfistel erweist sich geschlossen.

11. August. Es geht immer noch etwas Urin unwillkürlich ab, jedoch wird der meiste spontan entleert, aber noch sehr häufig. Entlassung.

Wiederaufnahme am 21. August 1882. Patientin war inzwischen in einer anderen Anstalt und wurde an Cystitis behandelt. Letztere bessert sich allmälig, ist aber am 24. November noch nicht völlig geschwunden. Patientin kann den Urin eine Stunde halten. Entlassung. — Patientin wurde durch unsere Nachforschungen nicht ermittelt.

33. Harnröhrenscheidenfistel. Spontanheilung.

Katharina Maurer aus Münster, 22 Jahre. 1889. Nr. 4. (Aufgenommen am 23. Januar.) Am 3. Januar wurde Patientin nach sechstägiger Geburtsarbeit von einem todten Kinde mit der Zange entbunden. Am fünften Tage vorher soll bereits die Blase gesprungen sein. Acht Tage nach der Geburt bemerkte Patientin plötzlich, dass sie das Wasser nicht mehr halten konnte, nachdem sie vorher ohne Beschwerden urinirt hatte. Stuhl angehalten. Die Menses früher immer unregelmässig mit monatelangen Pausen.

Befund: Geringer Prolaps der hinteren Scheidenwand. Etwa $1^1/_2$ Centimeter über der äusseren Urethralöffnung befindet sich eine kleine Einsenkung und im Grunde derselben ein kleines Loch, durch welches die eingeführte Uterussonde in den hinteren Theil der Urethra, vielleicht schon in den Anfangstheil der Blase gelangt. Portio sehr kurz, mit dem Beckenparametrium durch einen dünnen, straffen Strang verwachsen. Uterus noch um die Hälfte zu gross, retrosinistrovertirt. Auf dem Steissbein ein markstückgrosses Geschwür. Becken: Dist. sp. 24; Dist. crist. 27; Conj. ext. 15.

2. Februar. Seit einigen Tagen kann Patientin beim Liegen den Urin halten. Am 6. Februar war die Fistel vollkommen dicht geschlossen, und wurde Patientin am 13. Februar geheilt entlassen.

Nachricht vom 10. April 1892 (Arzt). Die Menstruation trat sechs Monate nach der Geburt erst wieder ein, erst unregelmässig, dann regelmässig. Keine weitere Geburt. Heilung dauernd.

Ueberblicken wir unser Material, so kamen 14 Patientinnen mit Blasenscheidenfisteln, 5 mit oberflächlichen und 9 mit tiefen Blasen-Gebärmutterscheidenfisteln, ferner noch 3 mit Blasencervix- und 2 mit Harnröhrenscheidenfisteln zur Behandlung. Die Anzahl der fistelkranken Frauen ist also mit Rücksicht auf den erheblichen Zeitraum (über 13 Jahre) und z. B. im Vergleich mit dem diesbezüglichen Zugange der Breslauer Klinik, wo nach den Angaben von Menzel[9]) und Höhlmann[10]) in je einem Jahre 22, respective 35 Urinfisteln operirt wurden, keine grosse zu nennen. Allerdings übersteigt ja die Zahl der Fisteln um Einiges die unserer Patientinnen; wir wissen ferner auch, dass die Frequenz der Breslauer Klinik überhaupt eine bedeutendere ist, als die der Strassburger. Diese Thatsachen allein genügen aber wohl nicht, das Missverhältniss der gegebenen Zahlen zu heben und zu erklären; das entscheidende Moment dürfte in etwas Anderem liegen. Nach den weitgehenden Erfahrungen, die Herr Prof. Freund sowohl in Breslau (Schlesien und die angrenzenden Landestheile) als auch in Strassburg (Elsass-Lothringen und Baden) zu sammeln Gelegenheit hatte, ist der Verlauf für die grosse Mehrzahl der Geburten in genannten Bezirken ein wesentlich verschiedener. In den Reichslanden sieht man meistens kräftig gebaute, vollsaftige Frauen, für welche das Gebären in der That ein rein physiologischer Vorgang ist und verhältnissmässig rasch und deshalb ohne erheblichen und langdauernden Druck auf die Beckenorgane seine Erledigung findet. Anders steht es um die schlesischen Frauen. Die im Allgemeinen bedeutend schlechtere Volksernährung ist dort nicht ohne Einfluss geblieben. Frauen mit welker, schlaffer Skelettmusculatur, die ihr Analogon in einem wenig entwickelten, schmächtigen Uterus findet, kommen häufig zur Beobachtung. Die Geburten gehen bei der dünnwandigen Uterusmusculatur, deren unzureichende Contractionen durch die schwache Bauchpresse nur geringe Unterstützung finden, oft über die Norm langsam von statten. Kommt hiezu noch die in Schlesien viel häufigere (rhachitische) Beckenenge, durch welche die Geburt noch weiter verzögert und der vom kindlichen Kopfe auf die mütterlichen Weichtheile ausgeübte Druck ein noch andauernderer wird, so sind recht wirksame Bedingungen für die Entstehung von Urinfisteln erfüllt. Diese Punkte dürften für den weiten Abstand der angegebenen Ziffern vornehmlich massgebend sein, also das enge Becken — von

[9]) Ueber die in der Breslauer Frauenklinik im Studienjahre 1882/83 operirten 22 Urinfisteln. In.-Diss. 1883.

[10]) Ueber die in der Zeit von Ostern 1885 bis Ostern 1886 in der Frauenklinik zu Breslau operirten 35 Urinfisteln. In.-Diss. 1886.

allen Autoren als hervorstechendstes ätiologisches Moment für das fragliche Leiden gekannt — in seiner Häufigkeit und im Verein mit der minderwerthigen Allgemeinconstitution der Frauen und der daraus oft resultirenden Schwäche der austreibenden Kräfte. Die hier vertretene Ansicht scheint uns noch eine weitere Stütze zu finden, wenn wir einen Blick auf die Publication Hempel's[11]) werfen, deren Material ebenfalls der Breslauer Klinik (Spiegelberg) entstammt. Unter 60 Fällen entstanden 8 Fisteln in der Klinik selbst, 4 in der Poliklinik. Diese 12 Fisteln traten sämmtlich nach langdauernden Geburten bei engem Becken auf. Von unseren 33 Patientinnen ging keine aus der geburtshilflichen Poliklinik hervor und acquirirte nur eine die Fistel in der Klinik selbst. Auch hier handelte es sich um verzögerte Geburt bei engem Becken. Rechnen wir den einen poliklinischen Fall, den wir mit Hempel wegen vorausgegangener forcirter Zangenversuche als werthlos erachten, ab, so überragen doch die ungünstigen Resultate der Breslauer Anstalt die der unserigen ganz bedeutend. Mag dies auch zum Theile auf Zufälligkeiten beruhen, so muss man doch wohl, da man dort wie hier eine gleich gute, sachkundige Leitung der Geburten voraussetzen darf, annehmen, dass die verschiedene Frequenz des engen Beckens das ausschlaggebende Moment gewesen sei. Ob gerade in diesen 11 Breslauer Fällen auch noch der obenerwähnte mangelhafte Ernährungszustand vorgeherrscht und eine irgendwie nennenswerthe nachtheilige Rolle gespielt habe, lassen wir dahingestellt. Auch brauchen die austreibenden Kräfte nicht erheblich unter der Norm gewesen zu sein, obschon dies bei einigen Fällen nach dem langen bis zur Beendigung der Geburt verstrichenen Zeitraume vermuthet werden darf.

Diese zwei letztgenannten Momente sind nämlich keine unerlässlichen Factoren zur Entstehung der puerperalen Fisteln, wenn sie auch häufig genug einen gewichtigen Beitrag dazu liefern. Denn bei der Mannigfaltigkeit, mit der die Verhältnisse bei einem so complicirten Vorgange, wie die Geburt es ist, sich zu combiniren vermögen, kommen noch viele andere, unter Umständen gleich oder weit schwerwiegendere Dinge in Betracht. Wenn wir zunächst bei den Wehen (als kurze Bezeichnung für austreibende Kräfte) stehen bleiben, so kann auch beim engen Becken durch eine überkräftige Wehenthätigkeit, wie sie nicht so selten gerade bei der einen Art desselben, dem platten Becken, beobachtet wird, recht gut, selbst bei einem vollsaftigen Indi-

---

[11]) Zur Casuistik, Therapie und Aetiologie der Urinfisteln des Weibes. Arch. f. Gyn. Bd. X, 1876, p. 479 ff.

viduum, eine Fistel resultiren. Während also der Defect bei dem oben skizzirten Entstehungsmodus als Folge des zwar schwachen, aber langdauernden Druckes erschien, wird die Fistel hier durch den übermässig starken Druck von kürzerer Dauer, aber grösserer Intensität hervorgerufen.

Von grossem schädlichen Einflusse ist in beiden Fällen der vorzeitige Fruchtwasserabfluss, der just beim engen Becken sehr oft sich ereignet. Die stehende Blase, die in schonendster Weise tiefer und tiefer tretend die weichen Geburtswege für das nachrückende Kind erweitert, kann durch kein Mittel ersetzt werden. Platzt dieselbe vorzeitig oder wird sie zu früh gesprengt, so muss die bestmögliche Canalisation des Geburtsschlauches unterbleiben und der Druck des kindlichen Schädels sich unverhältnissmässig frühzeitig und zugleich unvermittelt auf die mütterlichen Weichtheile geltend machen.

In sieben unserer Krankengeschichten finden wir den vorzeitigen Wasserabgang ausdrücklich vermerkt. Die kürzeste Frist beträgt 25 Stunden, die längste 8 Tage vor beendeter Geburt. Einmal wurde nach Angabe der Patientin die Blase 23 Stunden vor der Niederkunft von der Hebamme gesprengt. Letztere soll ausserdem mehrere Male versucht haben, das Kind aus dem Uterus hervorzuziehen.

Die Mehrzahl der puerperalen Urinfisteln beim engen Becken entsteht beim einfach platten und dem allgemein verengten platten Becken, weil ja bei diesen beiden Arten die Verkürzung im geraden Durchmesser sehr leicht Anlass gibt, dass der kindliche Kopf lange Zeit ein und dieselbe Partie der mütterlichen Weichtheile gegen die Symphyse anpresst. Als crasses Beispiel für diese Behauptung verweisen wir auf die Fälle von Menzel und Höhlmann, wo es sich bei allen mit engen Becken behafteten Patientinnen (43) um platte Becken handelte (20 einfach platte, 23 allgemein verengte platte). Wir haben vorhin absichtlich das Wort „Mehrzahl“ gewählt. Denn wenn es auch richtig ist, dass z. B. das allgemein gleichmässig verengte Becken nicht in demselben Masse wie jene zur Fistelbildung prädisponirt, weil bei der Form desselben und der gewöhnlichen Kopfeinstellung der Druck mehr vertheilt wird, so findet man doch sicherlich in der Fistelstatistik diese Beckenart deshalb so wenig häufig verzeichnet, weil sie überhaupt viel seltener ist wie die erstgenannten Formen.

Bei unseren 16 Fällen, wo Beckenenge ausdrücklich notirt war, kamen 8 platte (6 rhachitisch- und 2 einfach platte), 3 allgemein verengte platte und 4 allgemein gleichmässig verengte Becken zur Beobachtung. Nur einmal (Fall 23) handelte es sich um ein spondylolisthetisches Becken, was in der Selten-

heit dieser Beckenart seine genügende Erklärung findet. Das Entstehen der Fistel in diesem Falle wäre bei der Conj. v. von nur 8 Centimeter und nach der von der Patientin gemachten Angabe, dass der Wasserabgang bereits drei Tage vor vollendeter Geburt begonnen habe, schon recht begreiflich gewesen. Dazu kam aber noch ein drittes gewichtiges Moment, der ungewöhnlich stark vorspringende Symphysenknorpel. Mögen auch noch andere uns unbekannt gebliebene Ursachen mitgespielt haben, so muss doch diesem abnormen Vorsprunge wohl ein besonderer Antheil bei der Erzeugung der Fistel zugeschrieben werden, weil der Längsdefect, der die vordere Muttermundslippe in zwei glatt getrennte Hälften schied und an dessen oberem Rande sich die eigentliche Fistel anschloss, völlig gleichgerichtet verlief und die Geburt spontan vor sich gegangen war.

Stark in's Becken hineinragende Symphysenknorpel finden wir noch bei drei anderen Patientinnen: Flicker (25), Severin (29), Bürk (31), vermerkt. Bei der Frau Flicker wurde erst nach fünftägiger Wehenthätigkeit die Geburt durch Perforation beendet, also zu einer Zeit, wo die mütterlichen Weichtheile zweifelsohne unter dem langdauernden Drucke schon beträchtlich gelitten hatten. Bei der Frau Severin wurde ein todtes Kind mit der Zange extrahirt, bei der Frau Bürk wegen Schieflage mit Armvorfall (zweiter Zwilling) die Wendung (ohne Narkose) ausgeführt. Ob und inwiefern bei diesen beiden Patientinnen neben der vorhandenen Engigkeit die genannten Anomalien der Becken oder vielleicht beim letzten Falle die Gemini und ihre Lage mit zur Entstehung der Fistel beigetragen haben, können wir nicht entscheiden; schon der Forceps und die Wendung und Extraction allein könnten diesen Effect hervorgerufen haben.

Ueberhaupt muss man mit der Deutung der Entstehung der Fisteln, besonders dort, wo Kunsthilfe (vornehmlich Zange) in Anwendung kam, recht vorsichtig sein. Denn wenn auch die unter Anderen von Landau[12]) vertretene Ansicht, nach welcher die hochgelegenen puerperalen Fisteln meist als Folgen des spontanen Geburtsdruckes, die tiefsitzenden hauptsächlich als Wirkungen der Zangenoperation (indirecter Druck) anzusehen sind, den Thatsachen entspricht, so darf man natürlich aus dem nachträglichen Sitze der Fistel im concreten Falle doch nur höchst reservirte Schlüsse auf die Entstehungsweise des Defectes ziehen. Man muss sich nämlich bewusst bleiben, dass die Verschiebung der Weichtheile unter der Geburt, sowohl bei der spontanen, wie bei der, wo Kunsthilfe statthat, eine sehr beträchtliche sein kann.

[12]) Arch. f. Gyn. Bd. VII, p. 342 ff.

So kann z. B. bei einer spontanen Geburt, wenn die Scheide vom stark gedehnten Cervix weit in die Höhe gezogen ist, eine Partie der unteren Blasenscheidenwand vom noch hochstehenden Kopfe an dem oberen Theile der Symphyse durchgequetscht werden. Andererseits sieht man nicht so selten den rigiden Muttermund (besonders bei alten Erstgebärenden) unter dem Drucke des herabrückenden Kopfes tief hinter die Symphyse herabtreten. Ist man dann gezwungen die Zange anzulegen, so folgt der Muttermund leicht noch ein weiteres Stück nach abwärts. Dass auch unter diesen Umständen, zumal bei falscher Zugrichtung, eine starke Quetschung der vorderen Lippe, und zwar an der unteren Partie der Symphyse stattfinden und eine Fistel daraus resultiren kann, ist recht plausibel. Häufig wird also nur der sachkundige Arzt, welcher die Geburt leitete und der vor Allem genügende Beobachtungszeit gewann, sich darüber Rechenschaft geben können, in welchem Masse die instrumentelle oder manuelle Hilfeleistung oder der bis dahin spontane Geburtsvorgang an der Bildung der Fistel participiren oder ob der eine oder der andere dieser Factoren allein verantwortlich zu machen sei. Aber auch er wird häufig über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose nicht hinauskommen.

Erwähnenswerth wegen ihrer seltenen Aetiologie sind noch die drei Fälle Schiller (10), Rochel (27) und B. (32). Erstere Patientin wurde plötzlich im achten Monate der Gravidität wieder incontinent. Es handelte sich aber nicht etwa um einen von der ersten Operation zurückgebliebenen Stichcanal, der bis dahin keinen Urin durchgelassen hätte, weil das Lumen des engen Ganges durch Granulationen verstopft war oder vielleicht die Wände desselben sich aneinanderlegten und einen klappenartigen Verschluss bildeten; es war eine völlig neue Fistel, die ihren Sitz in einem Bürzel hatte, der schon bei der ersten Operation bemerkt war, damals aber nur eine blindendigende Einziehung nach der Blase zeigte. Die Umrandung der Fistel war mit Erosionen besetzt. Dieser Befund und die Angaben der Frau, die intravaginale Manipulationen irgendwelcher Art durchaus in Abrede stellte, lassen annehmen, dass die Fistel durch geschwürige Processe entstanden sei.

Bei der zweiten Patientin zeigte sich die Fistel im Anschlusse an eine Geburt. Nach dem ausführlichen Berichte des behandelnden Arztes war die Fistel aber nicht auf die gewöhnliche Weise, durch Quetschung der Gewebe mit nachfolgendem Ausfalle des nekrotisch gewordenen Stückes entstanden, sie war vielmehr durch croupös-diphtheritische Processe der Scheide mit Geschwürsbildung und Durchbruch in die Blase hervorgerufen. Der Defect bei der Patientin B. verdankte seine Ent-

stehung ausgedehnten luetischen Zerstörungen; die gleichzeitig vorhandene Rectovaginalfistel hatte wohl denselben Ursprung.

So verschieden der Sitz der Fisteln war, nach welchem wir die einzelnen Defecte bald dieser, bald jener Kategorie zutheilen mussten, so mannigfaltige Bilder zeigen dieselben auch, wenn man ihre Grösse, Gestalt und die Beschaffenheit ihrer Ränder berücksichtigt und ferner den betroffenen und benachbarten Organen einige Aufmerksamkeit schenkt.

Was die Grösse der Fisteln betrifft, so waren, wenn wir von zurückgebliebenen Stichcanälen absehen, mehrere darunter vertreten, die nur für eine feine Sonde durchgängig waren, selbst solche, die zwar eine feine Sonde aufnahmen, ihres unregelmässigen Verlaufes wegen aber letztere nicht bis in die Blase vordringen liessen; dann folgen einige Fälle, wo die Fisteln schon für eine Uterussonde permeabel waren, und nunmehr eine ganze Reihe von Defecten, die von einem Katheter, einem, zwei und selbst drei Fingern passirt werden konnten. Bei der Frau Münch (13) war nach Abstossung der letzten nekrotischen Fetzen ein fast völliges Fehlen des Septum vesico-vaginale zu constatiren.

Ebenso wechselnd wie die Grösse war die Gestalt der Fisteln und die Beschaffenheit ihrer Ränder. Bald hatten die Fisteln mehr runde Form, bald waren dieselben annähernd halbmondförmig oder oval, bald zeigten sie mehr die Form eines Spaltes oder waren ganz unregelmässig gestaltet, mit ihrem Längsdurchmesser hier so, dort so gerichtet.

Die Form der Umrandung ist durch die Beschreibung der Fistelgestalt zugleich mitangegeben. Das verhindert jedoch nicht, dass die Ränder in Bezug auf ihre Dicke, ihre Consistenz — ob weich, ob hart — und damit in ihrem Blut- und Saftreichthum beträchtlich differiren.

Da die Mehrzahl unserer Patientinnen erst längere Zeit nach der Acquisition der Fistel sich einstellte, so waren die Ränder der Defecte meistens bereits überhäutet und in mehr oder weniger narbiges, bisweilen ganz knorpelhartes Bindegewebe umgewandelt. So war denn ein Schluss auf die ursprüngliche Gestalt der Fisteln häufig kaum noch erlaubt, da secundäre Vorgänge, entzündliche und geschwürige Processe, Narbenschrumpfung und Narbenzug und bereits eingeleitete Behandlung vielfach ändernd eingewirkt hatten. In den wenigen Fällen, in denen die Fisteln in den ersten Wochen nach der Geburt zur Beobachtung gelangten, boten dieselben mehr noch das Bild einer frischen Quetschwunde. Das dann noch weiche, saftdurchtränkte Gewebe, welches zur Verheilung allerdings recht geeignet war, machte aber seiner Zerreissbarkeit und Brüchig-

keit und seines Blutreichthums wegen bei der Operation manche Schwierigkeiten.

Häufig konnte man aus dem örtlichen Befunde, auch da, wo er nach Monaten und Jahren erst erhoben wurde, noch ersehen, dass die Fistel dem Einflusse recht kräftiger Gewalten ihre Entstehung verdanke. So finden wir Adhärenzen der Fistelränder an den Beckenknochen, von Narben durchzogene Scheidenwände und stark verkürzte und narbig verzerrte Scheiden, eine verunstaltete oder theilweise oder fast völlig zerstörte Muttermundslippe oder Portio, neue und alte Dammrisse oft genug verzeichnet. Letztere konnten allerdings in einigen Fällen auch schon von einer früheren Geburt herrühren.

Beträchtliche Stenosen des äusseren Muttermundes sah man bei der Frau Kongs (3) und Albert (20), bei letzterer war der Cervix und das Cavum uteri ebenfalls sehr eng. Eine hochgradig verengerte Harnröhre wurde einmal (24) gefunden. Bei der Frau Witz (12) war das Ostium urethrae int. narbig verlegt und in dem Falle Lansecker (14) der untere Fistelrand mit der vorderen Blasenwand locker verwachsen. Kalkincrustationen, Erosionen und Geschwüre in der Scheide und an und in der Nähe der äusseren Genitalien, Befunde, die bei Frauen mit länger bestehender Fistel recht häufig sind, sehen wir mehrere Male vermerkt. Auch papilläre Excrescenzen um den Anus und an den Innenflächen der Nates waren in je einem Falle (Trommenschläger [18], Obrecht [2]) notirt. Zweimal war neben dem Blasen-, respective Harnröhrendefecte eine Rectovaginalfistel vorhanden (Münch [13], B. [32]), und ein drittes Mal (Albert [20]) sassen auf der hinteren Scheidenwand mehrere abgeplattete, hochrothe, zipfelförmige Gebilde. Da diesen im Rectum eine feine Einziehung entsprach, so wurden dieselben als gewuchertes Granulationsgewebe einer unvollständigen Scheidenmastdarmfistel angesehen. Katarrhalische Zustände der Blase verriethen sich einige Male schon durch die trübe Beschaffenheit oder die neutrale oder alkalische Reaction des Harnes.

Ueber die Ränder der Fistel hervorquellende Blasenschleimhaut ist ziemlich häufig zu beobachten, auch Partien der vorderen Blasenwand sieht man hie und da sich durch die Fistel vorbauschen, recht selten aber prolabiren Partien der hinteren unteren Blasenwand, wie bei zweien unserer Patientinnen (Albert [20], Lansecker [14]) constatirt wurde. Wenn, wie in dem letzteren Falle, und wie wir es einmal in München mitzubeobachten Gelegenheit hatten, auf der sich vorwölbenden Schleimhaut eine Uretermündung sichtbar wird, so ist dies der rascheste und klarste Beweis, dass es sich um die genannte Blasenregion handelt. Vorbedingung für einen wirklichen Prolaps

einer Partie der Blasenwand ist natürlich eine hinreichende Grösse der Fistel, das ursächliche Moment wird häufig durch das dauernde Leerbleiben der Blase schon allein gegeben. Wie sich gern ein Theil der Blase in die Scheide vorstülpt, so kann sich auch, was allerdings viel seltener ist, bei einem Herabtreten des Uterus die vordere oder hintere Muttermundslippe oder beide durch die Fistelöffnung in die Blase einlagern. Zum Zustandekommen dieser Einsenkung mögen manchmal die zwei eben genannten Momente völlig genügen, aber auch abnorme Fixationen, Narbenzug und die Schwere des Uterus selbst, der durch den Ausfall von Substanz (Fistel) einen Theil seiner Stütze verliert, spielen eine wichtige Rolle dabei. Als Folge der besprochenen Einlagerung kann z. B., wie der Fall Ost (22) lehrt, eine Verwachsung der hinteren Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande sich einstellen. Derartige Complicationen sind natürlich äusserst selten, abnorm gelagerte Uteri überhaupt scheinen aber bei fistelkranken Frauen — begreiflicherweise bei solchen häufiger, welche die Fisteln im Anschlusse an eine Geburt acquirirten — auffallend oft vorzukommen.

Bei 32 unserer Patientinnen mit puerperalen Fisteln ist nur siebenmal eine richtige Lage des Uterus notirt, während in 19 Fällen zum Theil recht ausgeprägte Verlagerungen dieses Organs constatirt wurden. Bei 6 Fällen fehlen in den Journalen diesbezügliche Angaben.

Unter den pathologischen Lagen finden wir fast ausschliesslich die Retroflexionen, respective Retroversionen genannt; selbst ein Wechsel in der Lage des Uterus bei zeitlich getrennter Untersuchung ist in zwei Fällen (Ost [22], Brendel [19]) bestimmt angegeben. Bei ersterer Patientin wurde zuerst eine Anteversio und später eine Retroflexio uteri beobachtet, was durchaus nicht frappiren kann, wenn man bedenkt, dass durch die Verwachsung der hinteren Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande ein Zug auf den Cervix nach vorne ausgeübt werden musste, ein Moment, das durch die gleichzeitig fortschreitende, narbige Verzerrung der Scheide und durch weitere Fixationen des Uteruskörpers selbst noch wirksam unterstützt sein mochte.

Bei der Frau Brendel können für den Uebergang des Uterus von Retroversion in die normale Lage die Verkleinerung der Fistel und die puerperale Involution und damit die Abnahme des Uterus an Grösse vielleicht allein ausreichend gewesen sein.

Geradezu eine Sammlung der wesentlichsten Befunde, die man in pathologisch-anatomischer Beziehung bei urinfistelkranken Frauen zu erheben gewohnt ist, boten die Patientinnen Witz (12), Lansecker (14), Trommenschläger (18), Albert (20), Ost (22) und Ternig (24). Wir haben diese Fälle jedoch bei der vor-

stehenden diesbezüglichen Besprechung schon zur Genüge verwerthet und wollen jetzt nur noch auf einen weiteren, den Fall Flicker (25) in Kürze eingehen. In pathologisch-anatomischer Hinsicht nimmt dieser, auch noch in manchen anderen Punkten interessante Fall eine wirkliche Sonderstellung ein. Was zunächst die seltene Zerstörung eines Theiles der vorderen Blasenwand angeht, so war dieselbe wahrscheinlich zu gleicher Zeit mit der Fistel entstanden und wären somit beide Defecte durch Quetschung an dem stark vorspringenden Symphysenknorpel hervorgerufen. Es hatten hier also ursprünglich wohl ähnliche Verhältnisse platzgegriffen, wie in dem neuerdings veröffentlichten Falle Winter's[13]), wo durch die Section eine Gangrän der vorderen Blasenwand und der Blasencervixwand, beides in Fünfzigpfennigstückgrösse, constatirt wurde. Ausserdem fand man an der hinteren Wand des Cervix noch ein grosses, infectiös belegtes Substanzrelief, welches bis durch das Peritoneum reichte. Alle drei betroffenen Stellen lagen in gleicher Höhe.

Kehren wir zu unserem Falle zurück, so handelte es sich bei demselben ferner um eine ausgesprochene Retroflexio uteri mit Einlagerung des Cervix in die Blase, ein Verhalten, das noch weiterhin dadurch complicirt war, dass eine Verwachsung des oberen Fistelrandes — zerstörte vordere Muttermundslippe — mit dem oberen Rande des Defectes der vorderen Blasenwand an der Symphyse stattgefunden hatte. Es bestand also eine Atresia partialis verticis vesicae, eine Anomalie, die wir in der uns zugänglichen Fistelliteratur nicht verzeichnet fanden. Das Zustandekommen dieser Verwachsung scheint uns übrigens nur die obige Deutung, das gleichzeitige Entstehen der Fistel und des Defectes der vorderen Blasenwand zuzulassen; denn wäre dieser secundär, also durch Ulcerationen bewirkt, so würden letztere sich höchstwahrscheinlich erst zu einem Zeitpunkte eingestellt haben, wo der obere Fistelrand bereits vernarbt und zu einer Verwachsung mit dem Rande des auf diese Weise gebildeten Defectes wenig geneigt gewesen wäre.

Die ungewöhnliche Topographie der Fistel und ihrer Umgebung erhielt schliesslich noch einen Beitrag durch den fast völligen Prolaps der Vagina, der nach den Angaben der Patientin schon im 20. Lebensjahre begonnen haben sollte. Bei der ganzen Lage der Verhältnisse war es nicht zu verwundern, dass der Vorfall der Scheide im Laufe der Zeit solche Ausdehnung angenommen hatte und sich durch das Tiefer- und Tiefertreten der vorderen Scheidenwand bei gleichzeitiger Functionslosigkeit der Urethra eine abnorme Weite der letzteren einstellte.

---

[13]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XV., p. 181. 1888.

Vergegenwärtigen wir uns kurz unsere Fälle, so sehen wir dieselben rücksichtlich ihrer pathologisch-anatomischen Verhältnisse sich in bunter Kette aneinander schliessen. Es sind solche Fälle darunter, wo, abgesehen von der Fistel selbst, kaum eine weitere Abnormität gefunden wurde, andere wieder, wo schon diese oder jene Complication bestand, und eine ganze Reihe, wo mehrfache Complicationen und häufig solche schwerster Art zu constatiren waren. Je nach dem Grade und der Zahl der vorhandenen Complicationen werden für gewöhnlich auch die Beschwerden der Patientinnen mehr oder weniger wachsen, und wird insbesondere die Aussicht auf eine völlige oder annähernde Restitutio in integrum in verschieden hohem Masse herabgemindert werden. Natürlich darf man aber nicht aus der Grösse der Beschwerden, die vornehmlich durch den lästigen und ekelhaften, bald mehr, bald weniger reichlichen Urinabfluss bewirkt werden und die häufig durch die Erosionen, Geschwüre und Incrustationen eine beträchtliche Steigerung erfahren, auf die leichtere oder schwierigere Beseitigung der Fistel selbst schliessen. So können z. B. bei einer kleinen Cervicalfistel, durch welche sehr wenig Harn abträufelt, da die Trägerin derselben achtsam auf sich selbst ist und durch öfteres spontanes Uriniren eine völlige Anfüllung der Blase vermeidet, die Beschwerden ziemlich geringe sein; es bedarf vielleicht einigen Zuredens, um die Patientin von der Zweckmässigkeit eines operativen Eingriffes zu überzeugen, und doch ist in diesem Falle der Schluss der Fistel recht schwierig zu bewerkstelligen, da es sich um eine narbig verzerrte und stenosirte Vagina handelt und der Uterus zugleich nur wenig herabgezogen werden kann.

Eine andere Patientin hingegen, die mit einer mässig grossen Blasenscheidenfistel behaftet ist, wo sämmtlicher Harn unablässig durch die Fistel seinen Weg nimmt, wo sich unter diesem stetigen Urinabfluss Erosionen, Geschwüre und Incrustationen in der Vagina und an und in der Umgebung der äusseren Genitalien etablirt haben, ist von unerträglichen Schmerzen gequält. Die genannten Complicationen aber werden hier, mühelos und verhältnissmässig rasch, vollständig zum Verschwinden gebracht und die gut zugängliche Fistel leicht durch die Operation geschlossen.

Der unwillkürliche Urinabfluss zeigte sich bei acht unserer Patientinnen sofort, bei der grösseren Mehrzahl der weiteren Fälle vom ersten bis zwölften Tage nach Beendigung der Geburt. Die Frau Guérard (6) bemerkte das Abfliessen von Harn erst am zweiten Tage nach dem Aufstehen aus dem Kindbette, in welchem sie sieben Wochen zugebracht hatte. Die Fistel bestand aber wahrscheinlich schon längere Zeit,

war jedoch so klein, dass sie im Liegen nur geringe Quantitäten Urins durchsickern liess. Hin und wieder mochte die Fistel durch Aneinanderlagerung ihrer Wände oder durch Granulationen oder Harnconcremente völlig undurchgängig gewesen sein. Auch bei der Frau Rochel (27) soll der Urin erst einige Wochen nach der Niederkunft unfreiwillig abgegangen sein.

Die Behauptung Litzmann's[14]), dass für die Blasengebärmutterfistel das späte Auftreten des unwillkürlichen Harnabganges charakteristisch sei, trifft für unsere drei Fälle nicht zu, da sich derselbe einmal sofort, einmal schon am ersten und einmal am vierten Tage nach der Entbindung einstellte.

Als häufige Begleiterscheinung der Fisteln wird von vielen Autoren die Stuhlverstopfung genannt; eine völlig befriedigende Erklärung, wie dieselbe zu Stande kommt, liegt bis jetzt nicht vor[15]) Auch die neuerdings von Höhlmann[16]) ausgesprochene Ansicht, nach welcher die mit Fisteln behafteten Frauen dauernd bestrebt seien, den abfliessenden Urin zurückzuhalten und so unwillkürlich gleichzeitig dem Sphinkter ani den Impuls zur Contraction geben, welche ihrerseits die Verstopfung zur Folge habe, hat wenig Wahrscheinlichkeit für sich. Nach dieser Theorie müsste man doch wohl annehmen, dass die Obstipation bei länger fortbestehender Fistel bestimmt vorhanden, oder sogar besonders stark ausgesprochen sei. In unseren Krankengeschichten ist insgesammt achtmal von leichterer oder schwererer Stuhlverstopfung die Rede, gerade aber bei den vier Fällen (Guérard [6], Gawaler [21], B. [32], Flicker [25], wo die Fistel am längsten ($1^1/_3$, 4, 6, 41 Jahre) vorhanden gewesen war, finden wir von Obstipation nichts erwähnt.

Gibt eine Person an, sie könne seit kürzerer oder längerer Zeit das „Wasser" nicht mehr halten, und fügt noch hinzu, dass sich dieses Symptom im Anschlusse an eine Geburt gezeigt habe, so wird man sofort an das Bestehen einer Fistel denken. Ein grösserer Defect ist schon durch die Digitaluntersuchung allein oder doch unter Zuhilfenahme eines festen männlichen Katheters, der dem in die Vagina eingeführten Finger von der Blase entgegengedrängt wird, meistens leicht zu finden. Der Katheter kann hiebei zugleich als ausgezeichnetes Orientirungs-Instrument über das Verhalten der Urethra und der Blase dienen und bringt häufig genug über ebenso interessante, wie auch für die einzuschlagende Therapie wichtige Momente Aufschluss.

---

[14]) Die Geburt beim engen Becken. Leipzig 1884, p. 274.

[15]) Vgl. Winckel, Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase. II. Aufl. 1885, p. 119.

[16]) l. c.

Ist der Harnabfluss sehr gering, die Fistel sehr klein oder liegt sie recht versteckt, so muss zur Sicherung der Diagnose die Untersuchung mit dem Speculum angewendet werden. Aber auch diese Methode bringt bekanntlich noch nicht immer vollständige Gewissheit und musste man auch in mehreren unserer Fälle noch eine Anfüllung der Blase mit Flüssigkeit vornehmen. Eine gefärbte Flüssigkeit ist natürlich vorzuziehen; frisch gekochte Milch entspricht als solche allen Anforderungen. Ist auch die letztgenannte Art der Untersuchung nicht verabsäumt worden, so wird man fast stets [17]) den Irrthum vermeiden, der bei einem unserer Fälle (ausserhalb der Klinik) begangen wurde, wo nämlich der factisch constatirte unwillkürliche Urinabgang als durch Paralyse des Sphincter vesicae bedingt angesehen und dementsprechend zur Elektrisirung der Urethra geschritten war. Hin und wieder wird man allerdings aus praktischen Gründen von einer Anfüllung der Blase abstehen und muss man es unentschieden lassen, ob eine Paralyse vorliegt, oder ob es sich um eine Fistel handelt, z. B. in den Fällen, wo zweifelsohne eine Fistel bestanden hat, dieselbe aber durch Granulationen geschlossen scheint, gleichviel ob schon eine Behandlung eingeleitet war, oder ob etwa nach einer Operation sich wieder eine kleine Oeffnung in oder neben der Narbe gebildet hatte. Natürlich kann auch beides, Paralyse und Fistel, nebeneinander existiren, was vielleicht für den Fall Maurer (33) zutraf. Hier wurde der Defect als eine Harnröhrenscheidenfistel angesehen. Ihr Sitz entsprach wohl der Grenze zwischen Urethra und Blase, so dass also der Sphinkter mitbetroffen war, wodurch sich leicht die Angabe der Krankengeschichte erklärt, dass der Urin unwillkürlich abgegangen sei. Hätte es sich um eine uncomplicirte „typische" Urethralfistel gehandelt, so musste ja die Entleerung der Blase willkürlich sein und wäre nur bei dieser Gelegenheit der Harn in die Scheide abgeflossen.

Die Therapie der Urinfisteln muss eine recht verschiedene sein; bei unseren Fällen wurde in erster Linie die eigentlich chirurgisch-operative Behandlung angewendet, meistens die Anfrischung der Fistelränder und Vereinigung derselben durch die Naht; zweimal (Albert [20], Rochel [27]) wurde die hintere Muttermundslippe, und einmal (Flicker [25]) eine Partie des hinteren Gewölbes mit dem unteren Fistelrande vereinigt und in einem vierten Falle (Münch [13]) zur queren Obliteration der Scheide geschritten; dann gelangten noch die permanente Katheterisation der Harnblase mit gleichzeitiger Tamponade der

---

[17]) Bei Harnleiterscheiden- und Harnleitergebärmutterfisteln fliesst bei Anfüllung der Blase die Flüssigkeit nicht nach der Scheide ab.

Scheide, Aetzungen und Cauterisationen und in einigen Fällen die trockene Naht und Combinationen dieser Behandlungsmethoden zur Verwendung.

Bäder und Ausspülungen der Scheide bildeten stets die Einleitung der Behandlung; etwa vorhandene Excoriationen und Geschwüre verschwanden dann meistens sehr rasch. Hin und wieder wurde die Vagina tamponirt und wo es nöthig schien, der Stuhlgang geregelt. In der Ernährung herabgekommene Personen erhielten natürlich reichliche und gute Kost. Die Bozeman'sche Vorbereitungscur (methodische Dilatation) wurde einmal mit mässigem localen Erfolge angewendet, ohne zugleich störend auf das Befinden der Patientin eingewirkt zu haben. Zur häufigeren Anwendung derselben konnte man sich nicht entschliessen, weil sie in vielen Fällen, und zwar auch in solchen mit beträchtlichen Narben, völlig unnöthig und nur zeitraubend gewesen wäre; wieder in anderen Fällen würde auch sie den ein- oder mehrmaligen Misserfolg wohl nicht verhindert haben. Damit soll aber durchaus nicht diese Methode völlig verworfen werden. Dass dieselbe, richtig angewendet, gute Resultate liefern kann und geliefert hat, ist ja durch die Veröffentlichungen Bozeman's selbst und diejenigen von Bandl und Pawlik genügend erwiesen.

Abgesehen von der ersten Untersuchung nach der Aufnahme der Patientinnen und der unmittelbar der Operation vorausgehenden, wurden bei allen irgendwie schwieriger erscheinenden Fällen in der Zwischenzeit noch eine oder mehrere genaue Explorationen vorgenommen. Auf solche Weise erhält man den besten Einblick in die vorliegenden Verhältnisse. Man gewinnt so das bestmögliche Urtheil über den Sitz der Fistel, über ihre directe Umgebung, über die Beziehungen der benachbarten Organe zur Fistel und ob etwa von diesen her bereits erschwerende Complicationen für die Operation bestehen oder bei Ausführung der letzteren zu erwarten sind. Auf die ungezwungenste Weise trifft man so auch die Wahl, in welcher Lagerung man bei der Operation die Fistel am genauesten zu Gesicht bekommen wird, in welcher Ausdehnung und Form man anfrischen und in welcher Richtung und Figur man am ehesten die Wundränder vereinigen wird. Vermuthungen und vorgefasste Pläne erhalten so oft ihre richtige Correction. Dort, wo wir vielleicht bei einem Falle älteren Datums bei der ersten Untersuchung wegen Grösse des Defectes, der narbigen Umrandung, der äusserst schwierigen Freilegung desselben schon den indirecten Verschluss, also immerhin eine verstümmelnde Operation für nöthig hielten, überzeugen wir uns, dass doch noch die Vereinigung der Fistelränder selbst möglich ist; dort,

wo die Fistel noch neu war, sehen wir vielleicht, dass sich der grosse Defect bedeutend verkleinert und die in Aussicht genommene Operation überflüssig wird oder doch eine Einschränkung erhält.

In Fällen ersterer Art ist die häufigere Untersuchung mit Seitenhebeln und Speculum zugleich als ein Theil der Vorbereitungscur anzusehen, indem durch die geschickte Handhabung dieser Instrumente die Erweiterung der rigiden Theile mitbewirkt wird. Bei Fisteln letzterer Gattung ist natürlich nach Erkenntniss der fortschreitenden Besserung eine seltenere oder doch vorsichtige, sehr schonende Untersuchung und sachgemässe Unterstützung des Heilungsprocesses am Platze.

Gehen wir nun zur Schilderung des Operationsverfahrens selbst über, so wurde die Narkose, wie übrigens auch zur Stellung der exacten Diagnose, nur ausnahmsweise angewendet, und zwar aus verschiedenen Gründen. Zunächst verursacht die Operation nur in wenigen Fällen bedeutendere Schmerzen; sodann kann das häufig nach der Narkose auftretende Erbrechen, durch die bei gleichzeitigen Hustenstössen eintretende Zerrung an den frisch vereinigten Wundrändern, oft einen störenden Einfluss auf die Heilung haben, namentlich wenn der Defect ein grösserer war und die durch die Vereinigung herbeigeführte Spannung eine irgendwie beträchtlichere ist.

Herr Prof. Freund operirt seit mehr denn dreissig Jahren oft in Knieellenbogenlage der Patientinnen und hat ihm diese Methode besonders bei hochsitzender Fistel und nicht oder schlecht herabziehbarem Uterus gute Dienste geleistet. Nichts ist natürlicher, als dass der Operateur an dem, was er häufig geübt und was sich ihm als bewährt erwiesen hat, festhält. Bis zu einem gewissen Grade ist dies durchaus berechtigt; aber es gibt, wie fast überall, so auch hier meistens verschiedene Wege, die zum erreichbaren Ziele führen und von denen aus Zweckmässigkeitsgründen bald dieser, bald jener eingeschlagen werden muss. In dieser Erkenntniss hat Herr Prof. Freund sich vor der Einseitigkeit bewahrt, in die Bozeman verfiel, nämlich ausschliesslich in Knieellenbogenlage der Patientinnen zu operiren, er hat dieselben vielmehr wohl ebenso häufig die Sims'sche Seitenlage und in allerdings wenigeren Fällen die Simon'sche Steissrückenlage einnehmen lassen.[18])

[18]) Simon schrieb in der Wiener mediz. Wochenschrift Nr. 32, vom 5. August 1876: „In Bezug auf die Blosslegung der Fistel werde ich künftighin in schwierigen Fällen alle gebräuchlichen Lagerungsmethoden versuchen und diejenige wählen, welche die beste Zugänglichkeit schafft." Dieser Plan dürfte wohl nicht mehr zur Ausführung gekommen sein. Simon starb nämlich am 28. August desselben Jahres.

Dass dieser Eklekticismus das einzig Richtige, unter Umständen das einzig Gebotene oder sogar allein Mögliche ist, beweisen mehrere unserer Fälle, in denen Herr Prof. Freund selbst nach Beginn der Operation die Kranken sich umlagern hiess. So wurde in dem Falle Albert (20) nach Anschneidung des Peritoneums ein Wechsel von Knieellenbogenlage in Seitenlage vorgenommen, um ein weiteres Eindringen von Luft zu verhindern, in dem Falle Trommenschläger (18) von Links- in Rechtsseiten- und dann in Knieellenbogenlage, um eine exacte Anfrischung des rechten Fistelrandes zu ermöglichen.

Würde man uns entgegenhalten, die hier im Vergleich zur Steissrückenlage so häufig angewendete Seiten- und besonders die Knieellenbogenlage erschwere die Narkose oder lasse dieselbe, wie zwei Fälle von Bandl[19]) und einer von Bozeman zeigten, gefährlich erscheinen, so wollen wir dem nicht widerstreiten, betonen aber nochmals, dass ja die Narkose meistens wegen der geringen Schmerzhaftigkeit der Operation unterbleiben und wohl in der Mehrzahl der restirenden Fälle, wo dieselbe sich als zweckmässig oder nothwendig erweist, in Rückenlage der Patientin operirt werden kann. Und so wurde auch in unseren drei Fällen, wo die Narkose zur Verwendung gelangte, zweimal in Steissrückenlage die Operation vorgenommen; das dritte Mal, wo die Seitenlage bevorzugt wurde, brachte diese keinen Nachtheil. Gerade aber das Operiren ohne Narkose bot in dem Falle Trommenschläger die grosse Annehmlichkeit, dass die Patientin selbst ihre Seiten- in Knieellenbogenlage umändern und sich in dieser ohne weitere Hilfe bis nach beendeter Operation erhalten konnte und deshalb ein Abbruch der letzteren unnöthig wurde.

Dass der Blosslegung des Operationsfeldes bei operativen Eingriffen jedweder Art zum guten Gelingen derselben, besonders an verdeckt liegenden Organen, eine grosse Bedeutung beizumessen ist, leuchtet klar ein; für die uns interessirende Frage kommt hier an erster Stelle die Scheide, dann mehr oder weniger auch das Verhalten der Blase, des Uterus und des Rectums in Betracht. Schon in den einleitenden Worten haben wir genügend hervorgehoben, wie bei der Behandlung der Urinfisteln gerade der Fortschritt in der Freilegung des Operationsfeldes zu der enormen Zunahme der Heilungen beigetragen hat. Für viele unserer Fälle reichte zur Blosslegung der Fistel das einfachste gynäkologische Instrumentarium, aus einigen Rinnenspeculis verschiedener Grösse, Seitenhebeln, scharfen Häkchen und

---

[19]) Bandl l. c. p. 55. In der Chloroformnarkose in Knieellenbogenlage trat Asphyxie ein mit gutem Ausgange.

Muzeux'schen Zangen bestehend, völlig aus. Hin und wieder wurde beim Herabziehen des Uterus in bekannter Weise eine Muttermundslippe angeschlungen. Das Bozeman'sche und Neugebauer'sche Speculum, welche speciell für Fisteloperationen in Knieellenbogenlage bestimmt sind, wurden nicht in Gebrauch gezogen, ebensowenig das Erich'sche, das in Seitenlage der Fistelkranken Verwendung finden soll. Alle diese Instrumente sind complicirt und zugleich theuer; zu ihrer Empfehlung wird angeführt, dass man mit ihnen so gut oder besser wie auf die erstgenannte Art die Fistel einstellen könne. Da sich diese Instrumente selbst halten, so wird weiterhin die Ersparung von Assistenz noch besonders betont. Ersteres dürfte, wie wir aus Versuchen am gynäkologischen Phantom und an der Lebenden entnehmen, überhaupt nicht zutreffen; nach unserer Ueberzeugung wird durch Zug und Gegenzug bei geschickter Handhabung der Rinnenspecula nebst den allgemein gebräuchlichen Nebeninstrumenten und der Fadenschlinge Besseres erzielt. Die Ersparniss an Assistenz kommt wohl kaum, wenigstens nicht für grössere Anstalten, in Betracht, und wenn schon in den Kliniken die Zahl der Fisteln — im Vergleich zu anderen Operationen — keine grosse ist, so wird man doch wohl nicht behaupten wollen, dass dieselben sozusagen das tägliche Brod des praktischen Arztes bilden.

Für gewöhnlich ist also bei den uns jetzt zu Gebote stehenden Hilfsmitteln die Freilegung der Fistel durch irgend eine der bezeichneten Methoden leicht zu bewerkstelligen. Sehr erschwert, fast unüberwindlich können die Hindernisse aber erscheinen, wenn es sich, zumal bei hochsitzendem Defecte, um narbig verzerrte, ringförmig stenosirte enge Scheiden handelt, wenn die Fistelränder am Knochen adhärent sind und der Uterus schwer oder gar nicht dislocirbar ist. Dann muss man sich auf jede nur mögliche Art zu helfen suchen, durch Dehnung der Narben mit Finger und Instrumenten, wenn das nicht ausreicht, durch Einschneiden der Narbenzüge, Incisionen des Muttermundes oder völlige Spaltung der Portio, durch Umlagerung der Patientin, durch Anwendung der Narkose oder durch das weiter unten zu besprechende Trendelenburg'sche Verfahren.

Dieses Einschneiden oder Einkerben der Narbenstränge und die erwähnten Incisionen gingen der Anfrischung der Fistel selbst unmittelbar voraus. Das Anfrischen geschah unter Bevorzugung des Messers gegenüber der Scheere gewöhnlich mehr flachbreit, wenn es sich um Blasenscheidendefecte handelte, in mehr steiler Trichterform bei Cervicalfisteln oder wenn die ganze vordere oder hintere Muttermundslippe oder Theile derselben mit in die Anfrischung hineingezogen wurden. Je nachdem die

localen Verhältnisse es erforderten oder gestatteten, wurde bald mehr, bald weniger von den Fistelrändern abgetragen und gerne der ganze Fistelring in continuo ausgeschnitten. Auf Schonung der Blasenschleimhaut wurde hiebei kein besonderes Gewicht gelegt. Das Princip, die Anfrischungsfigur bei Fisteln mit verschiedenem Längen- und Querdurchmesser nach dem grössten dieser beiden zu gestalten und dann auch in dieser Richtung zu vereinigen, wurde häufig befolgt, aber davon abgewichen, sobald dies zweckmässig erschien. Auch bei Nachoperationen fiel die Anfrischung und Vereinigung oft nicht mit der Richtung der vorhergegangenen zusammen. So verlief im Fall Kongs (3) bei der ersten Operation die vereinigte Wunde in der Queraxe der Scheide, bei der zweiten wurde die Längsrichtung gewählt, weil durch den Substanzverlust und Narbenzug die Urethra stark in die Höhe gezogen war und man deshalb, selbst nach Schluss der Fistel, Incontinenz befürchten musste, die trotz der Längsvereinigung nach den späteren Angaben der Frau factisch eine Zeit lang bestanden zu haben scheint und bei querverlaufender Naht sicher wohl eine erheblichere und andauerndere gewesen wäre.

Dem Verhältnisse der Ureteren zur Fistel zollte man in jedem Falle gebührende Beachtung, besonders dann, wenn nach der Grösse des Defectes oder seinem Sitze die Mündungen derselben in oder dicht an dem Fistelrande zu vermuthen waren. Wurde die eine oder andere so nahe gefunden, dass sie selbst oder ein Abschnitt des Ureters mit in den Bereich der Anfrischung fallen musste, so wurde das untere Ureterenende ein Stück nach der Blase zu aufgeschlitzt und unter demselben die Fistel vereinigt. Konnte man die eine oder beide Ureterenmündungen aber nach einigem Suchen nicht zu Gesicht bekommen oder mit der Sonde nicht auffinden, so nahm man bald davon Abstand. Ein Ureterenverschluss mit seiner gefahrdrohenden acuten Urämie ereignete sich bei solchem Vorgehen nie und ist auch Simon bei seinem reichen Materiale niemals vorgekommen. Wenn nun auch wenigen anderen Operateuren in sehr vereinzelten Fällen ohne vorausgegangene Sondirung dieses Unglück zugestossen ist, so muss doch die Forderung Pawlik's,[20]) die er in den Worten ausdrückt: „Ich operire keine Fistel, ohne in beide Ureteren elastische Katheter einzuführen", als zu weit gehend bezeichnet werden. Wohl wenige Autoren dürften sich sein Vorgehen zum Aufsuchen der Ureteren zu eigen gemacht haben, welches er dadurch bewerkstelligte, dass er in jedem Falle, wo deren Mündung nicht im Fistelrande selbst lag, von diesem ausgehend, eine

[20]) l. c. p. 32.

Partie der Blase nach der anderen mit einem Häkchen erfasste, in die Vagina zog und so einer genaueren Besichtigung unterwarf.[21]) Pawlik schreibt weiter:[22]) „Ich führe zu dem Behufe (Sondirung) den Katheter sammt Mandrin durch die Harnröhre in die Blase, erfasse von der Scheide aus durch die Fistel sein Ende mit einem gebogenen Zängelchen und führe seine Spitze in die Ureterenmündung ein.“ Dass diese Art der Sondirung Pawlik selbst in manchem seiner weiteren Fälle und den Operateuren, die seinem Vorschlage folgen wollten, häufig nicht geglückt sei, dürfte leicht einleuchten; geradezu unmöglich ist sie, wo die Fistel so klein ist, dass sie auch das feinste Zängelchen nicht durchlässt, oder auch dort, wo es sich um einen zurückgebliebenen Stichcanal in der Nähe einer geschlossenen Fistel handelt. Und doch kann man häufig in diesen beiden letztbezeichneten Fällen die Operation nicht umgehen und wäre also ein Anschneiden oder Mitfassen des Ureters mindestens ebenso leicht, wenn nicht noch eher möglich, als bei einer Fistel grösserer Ausdehnung. Auch ein Katheterisiren durch die Urethra „aus freier Hand“, also ohne Zuhilfenahme irgend eines weiteren Instrumentes, wird häufig nicht zum Ziele führen. Wölbte sich durch die Fistel ein Theil der Blasenwand vor, so schob man in üblicher Weise ein oder mehrere an einem Faden angeschlungene Schwämmchen in die Blase, um beim Anfrischen eine Verletzung der vorgefallenen Schleimhaut und des darunter liegenden Gewebes zu vermeiden, und achtete sorgfältig darauf, dass nach Entfernung der Schwämmchen die dann sich wieder vordrängende Blasenpartie nicht mit in die Naht gefasst wurde.

Die Bozeman'sche Plattennaht wurde nie angewendet, weil sie zu complicirt ist und keine besonderen Vortheile bietet. Es dürfte übrigens wohl der Schluss erlaubt sein, dass Bozeman theilweise deshalb so hartnäckig an seiner Dilatationsmethode festhielt, weil ihm erst durch diese bei irgendwie beträchtlich verengerter Scheide die Anlegung seiner Naht ermöglicht wurde.

In der Strassburger Klinik wird in ausgiebigster Weise vom Silberdrahte zum Schlusse von Operationswunden Gebrauch gemacht, so auch bei den Fisteloperationen. Wenn es auch bei unserer heutigen Asepsis und Antisepsis keinen grossen Werth hat, über das Nahtmaterial zu streiten, da bei jedem ausgezeichnete Erfolge erzielt werden, so müssen wir doch dem Einwande begegnen, der hie und da erhoben wird, dass Silberdraht eher einen Stichcanal bei der in Frage stehenden Operation

---

[21]) l. c. p. 29.
[22]) l. c. p. 32.

hinterlasse und „ganz besonders der Entstehung von Gangrän Vorschub leiste“.[23]) In einem unserer Fälle (Brendel [19]), wo mit Seide genäht wurde, blieb ebenfalls ein Stichcanal zurück, und in dem Falle 13 von Menzel (Fritsch) wurden bei der ersten Operation die gefassten Gewebspartien nekrotisch, obschon mit Silk worm gut vereinigt wurde. Beides sind Zufälligkeiten, Folgen der Spannung. Die gut gelegte Silberdrahtnaht dürfte jedoch eine treffliche Stütze des Gewebes abgeben.

Die Nähte umfassten bald die ganzen Ränder, bald wurden sie tief gelegt, aber unter Vermeidung der Blasenschleimhaut, bald wurden noch oberflächliche zu den tiefliegenden zugefügt. Entspannungsnähte wurden hie und da, und mit gutem Erfolge, verwendet. — Wir haben vorhin schon angedeutet, dass die therapeutischen Massnahmen zur Bekämpfung des Fistelleidens verschiedene sein müssen. Manchmal erscheint ein Wechsel der Behandlungsweise im Verlaufe des Heilverfahrens geboten, unter Umständen ist durch die ganze Sachlage von vornherein eine bestimmte Methode streng vorgeschrieben. Abgesehen davon, dass der Ernährungszustand der Patientinnen, etwa bestehende anderweitige Erkrankungen, die mehr die ganze Person betreffen oder mehr localer Natur sind, und auch sociale Verhältnisse Berücksichtigung erheischen und unser Handeln häufig nachtheilig beeinflussen, kommt bei der Wahl des Verfahrens vornehmlich die Dauer des Bestehens der Fistel und der Sitz und die Grösse des Substanzverlustes in Betracht. Wohl die meisten Autoren der letzten Decennien sind im Laufe der Jahre dahin übereingekommen, dass der günstigste Zeitpunkt für den Fistelverschluss durch die blutige Naht bei den Defecten, die unter oder kurz nach der Geburt sich zeigen, die sechste bis zehnte Woche nach der Niederkunft ist. Während bis dahin und darüber hinaus bei kleiner oder doch stark an Ausdehnung abnehmender Fistel auch die anderen Verfahren, wie wir auseinandersetzen werden, am Platze sind, ist für die weitere Folgezeit bei irgendwie grösseren Defecten die Anfrischung der Fistelränder und Vereinigung durch die Naht das einzig Richtige, und wenn dies nicht möglich scheint oder misslang, ist der indirecte Verschluss anzustreben. Das Gesagte dürfte, wenn wir die oben gegebene Zeiteinschränkung fallen lassen und auch hier von carcinomatösen Perforationen absehen, für alle Urinfisteln gelten, und möchten wir noch hinzufügen, dass man in jedem Lebensalter erfolgreich gegen dieses Leiden einschreiten kann. So operirte und heilte Simon ein achtjähriges Mädchen,

[23]) Höhlmann l. c.

bei welchem die Fistel durch einen grossen Blasenstein entstanden war. Eine geheilte Patientin von Hegar[24]) war 60 Jahre alt und hatte die Fistel vor 35 Jahren acquirirt. Ueberboten wurde dieser letztere noch durch unseren, auch nach dieser Seite interessanten Fall Flicker (25), wo die Fistel 41 Jahre bestand und Patientin, die 65 Jahre alt war, Heilung fand. Wenn dieses hohe Lebensalter auch durchaus noch nicht die Grenze für eine glückliche Operation bilden wird, so ist uns in der Literatur doch kein Fall bekannt geworden, in welchem eine gleichalterige Person nach so langem Bestand der Fistel geheilt wäre. Den Fall Flicker mit all seinen Complicationen kann man füglich als einen Ausnahmefall par excellence bezeichnen, wenn man ausser dem bereits Hervorgehobenen noch die fast unerwartete Wiederfunctionsfähigkeit der Blase in Anschlag bringt, deren vordere Wand zum Theil zerstört, deren Vertex zum Theil atresisch, zum Theil von dem Cervix uteri eingenommen wurde und wo die Urethra paralytisch dilatirt, anfangs eine wenig günstige Prognose abzugeben schien. Hochinteressant war diese Patientin noch in psychologisch-physiologischer Beziehung. Das Bewusstsein des Urinentleerungsvermögens, wie es bei regelrecht functionirender Blase dem Menschen eigen ist, war bei ihr völlig geschwunden; die über 40 Jahre brach liegenden Bahnen mussten erst wieder frei werden, ehe das Bedürfniss der Harnentleerung wieder normal empfunden wurde und die Ausübung dieser Function wieder vom Willen abhängig gemacht werden konnte.

Wer sich die Mühe nimmt, diese und die Krankengeschichten von der Frau Albert (20), Rochel (27) und Münch (13) zu studiren, der wird wohl einsehen, dass man zu dem Versuche des indirecten Fistelverschlusses nur unter den strengsten Indicationen seine Zuflucht nahm. Und doch könnte der Eine oder Andere die Ansicht vertreten, dass in dem letzten Falle, nachdem Trendelenburg eine neue Methode zum directen Verschlusse angegeben habe, diese hätte versucht werden müssen und ein Erfolg so hätte erzielt werden können. Nicht so sehr aber deshalb, um das in unserem Falle eingeschlagene Verfahren als das richtige hinzustellen, wollen wir hier in kurzen Zügen auf die Trendelenburg'sche Operationsmethode eingehen, sondern zumeist aus dem Grunde, weil sie originell ist und bereits eine neue Wendung in die, wie es schien, abgeschlossene chirurgische Behandlung der Urinfisteln angebahnt hat. Trendelenburg nimmt nämlich unter Umständen die Anfrischung und Vereinigung der Fistel-

[24]) Hegar und Kaltenbach, Die operative Gynäkologie. Erlangen 1874.

ränder von der Blasenseite aus vor, und zwar in Beckenhochlagerung und nach extraperitonealer Eröffnung der Blase vom prävesicalen Raume her.[25])

Dass man je auf diesem Wege dem „grimmigen Feinde" zu Leibe gehen werde, hatte der kühne Dieffenbach wohl nicht geahnt, denn er schreibt bei der Besprechung des von Lewzisky zuerst angegebenen Verfahrens, die Fistel durch die Urethra von der Blasenseite aus zu nähen: „Die Fistelnaht von der Blase aus gehört jetzt der Geschichte an."[26])

Trendelenburg hat in neuester Zeit seine Operationsmethode und deren Modificationen, die Erfolge derselben und seine Ansichten in dieser Frage veröffentlicht; hören wir deshalb den Autor selbst!

„Was die Indicationsstellung anbetrifft," schreibt Trendelenburg[27]) „so ist die vesicale Operationsmethode besonders für hoch und versteckt liegende, von der Scheide aus nicht gehörig freizulegende Blasenscheidenfisteln zu empfehlen, besonders für Fisteln in der nächsten Nähe der Ureteren, weiterhin für alle Blasen-Gebärmutterfisteln, Uretercervixfisteln und Ureterscheidenfisteln. Letztere werden sich in allen Fällen von der Blase aus leichter und sicherer operiren lassen, als von der Scheide aus, die Blasen-Gebärmutterfistel wird bei Anwendung der vesicalen Methode keine grösseren Schwierigkeiten bieten als eine gewöhnliche kleine Blasenscheidenfistel, und die Ureterscheidenfistel wird sich durch Aufschlitzen des Ureters von der Blase aus voraussichtlich ebenfalls leicht zugänglich machen lassen ...." Uretercervix- und Ureterscheidenfisteln finden sich unter unserem Materiale nicht und lassen wir diese deshalb bei der weiteren Würdigung des genannten Verfahrens mehr ausser Acht. Wenn wir aber auch für diese beiden Fistelarten die vesicale Operationsmethode unter Umständen für indicirt erachten würden, so können wir dies jedoch für die Blasen-Gebärmutterfisteln nicht zugeben, zumal nicht für alle. Wir wissen nicht, worauf Trendelenburg sein Urtheil stützt, wenn er auch noch an einer anderen Stelle der erwähnten Publication sagt: „Zu den ungünstigsten Fällen von Harnfisteln gehören .... vor Allem die Blasen-Gebärmutterfisteln, welche mit der Methode der directen Vereinigung von der Scheide aus gar nicht anzu-

---

[25]) Willy Meyer: Ueber die Nachbehandlung des hohen Steinschnittes, sowie über Verwendbarkeit desselben zur Operation von Blasenscheidenfisteln. Arch. f. klin. Chir. 1885, Bd. XXXI, p. 521.

[26]) l. c. p. 581.

[27]) Ueber Blasenscheidenfistel-Operationen und über Beckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhöhle. v. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nr. 355, p. 3381, Leipzig 1890.

greifen sind.“ [28]) Man darf beinahe das gerade Gegentheil behaupten, dass nämlich die Blasen-Gebärmutterfisteln in der Mehrzahl der Fälle eine durchaus günstige Prognose bieten. Denn abgesehen davon, dass diese Fisteln mehr wie alle anderen bei der puerperalen Involution gerade des Cervicalgewebes zur Spontanheilung neigen [29]) und mit Unterstützung der letzteren durch Einlegen eines Katheters oder durch Aetzen der Fisteln recht häufig der directe Fistelverschluss erzielt wird, sind dieselben der chirurgischen Behandlung von der Scheide her recht zugänglich, vorausgesetzt nur, dass der Uterus dislocirbar ist. Etwa complicirende Verengerungen der Scheide werden sich meistens auf eine der vorhin geschilderten Methoden beseitigen lassen. Ist auch dann die Fistel noch nicht gehörig blosszulegen, so wird der Anfrischung und Naht nur noch die Spaltung der Portio vorausgehen müssen. Völlige Heilung, häufig nach der ersten Operation, ist die Regel. So heilte Geheimrath v. Winckel sechs Patientinnen durch Anfrischung der Fistel und Naht in je einer Sitzung; Fritsch erzielte in vier Fällen dreimal den directen Fistelverschluss, und von unseren drei Blasencervixfisteln wurden zwei in gleicher Weise durch je eine, die dritte nach viermaliger Operation geschlossen, nachdem nach der ersten ein Stichcanal zurückgeblieben war.

Bei dem Mangel eigener Erfahrungen dürfte es gewagt erscheinen, wenn wir Trendelenburg's eigene und die nach seiner Methode von anderen Autoren operirten und publicirten Fälle einzeln analysiren würden und so die Zweckmässigkeit oder Nothwendigkeit des eingeschlagenen Verfahrens in den betreffenden Fällen prüfen wollten.

Dass in vielen Fällen die vesicale Methode ebenso leicht oder noch leichter auszuführen sei, als die vaginale, ist nicht zu bezweifeln, man muss aber hinzusetzen, dass sie grössere Gefahren und Nachtheile mit sich bringt. So constatirte Trendelenburg bis zur Veröffentlichung seiner von ihm selbst publicirten drei Fälle in einem (dem zweiten) derselben die Entstehung eines Bauchbruches, „welcher sich nach dem Heraustreten oft nur mit Mühe reponiren liess“ [30]); auch in einem vierten Falle, wo er die Fistel durch Lappentransplantation mit

[28]) p. 3373.

[29]) Siehe A. Martin: Ueber Blasencervixfisteln. Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. IV, p. 321. — Litzmann, l. c. p. 275. — Schröder: Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. X. Auflage. Leipzig 1890, p. 90. — Winckel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. II. Auflage. Leipzig 1890, p. 259.

[30]) Zur Operation der Blasenscheidenfisteln von der Blase aus. Deutsche med. Wochenschr., 1892, Nr. 23.

gleichzeitiger Drainage der Blase vom prävesicalen Raume schloss, entwickelte sich ein „kleiner Bauchbruch“. Bei der dritten Patientin, wo Trendelenburg das v. Bramann'sche Verfahren der temporären Resection der Symphyse versuchte, kam es durch Verunreinigung der Bauchblasenwunde durch Urin zur Eiterung in derselben und in Folge davon zur Nekrose des resecirten Knochenstückes.

Wo so grosse oder noch ausgedehntere Defecte vorliegen, wie bei unserem Falle Münch (13), der noch durch die Recto-vaginalfistel unangenehm complicirt war, dort kann auch das vesicale Verfahren, eben wegen Mangels an Substanz, den directen Verschluss nicht herbeiführen, wie ja auch die zwei von Meyer publicirten ersten Fälle Trendelenburg's bekunden, wo schliesslich doch zur Kolpokleisis übergegangen werden musste.

Resumiren wir, so muss man anerkennen, dass das Trendelenburg'sche Verfahren einen Fortschritt in der chirurgischen Behandlung der Fisteln darstellt, leider aber nur in wenigen Fällen streng indicirt ist und in anderen den indirecten Verschluss doch nicht umgehen lässt. Dasselbe darf man wohl im Wesentlichen von der übrigens erfolgreichen Lappentransplantation Trendelenburg's aussagen. Sicherlich dürfte die vesicale Methode an Zuverlässigkeit und Berechtigung gewinnen, wenn man in einschlägigen Fällen nach der Angabe von Baumm [31]) die Blasenwunde völlig zunähte und, wo es nöthig erscheint, durch die Harnröhre drainirte.

Noch auf einen weiteren Fall neuesten Datums von Kleinwächter [32]) möchten wir aufmerksam machen. „Schuld daran“ (dem Misserfolge), so sagt der Autor, „trugen die ungünstigen Complicationen des Falles, nicht aber die Operationsmethode.“

Mit diesem Excurse wollen wir die Besprechung der eigentlich chirurgischen Behandlungsmethoden der Fisteln beschliessen und auf die weiteren in der Strassburger Klinik eingeschlagenen Verfahren in Kürze eingehen. Wie wir es schon bisher gehalten haben, werden sich auch in der weiteren Darstellung einige Seitenblicke nicht vermeiden lassen. Wir lernten vorhin die Anfrischung und blutige Naht als das heutzutage und auch in unseren Fällen prävalisirende Heilverfahren für die Beseitigung der Incontinentia urinae bei Fisteln kennen. Eine Frage, deren Beantwortung von Seiten der Autoren verschieden ausgefallen ist, möge uns nun auf die Anwendbarkeit der weiteren Behandlungsmethoden führen, die Frage nämlich, wie wir gegen

---

[31]) Archiv für Gynäkologie. Bd. 39, p. 504 ff.

[32]) Zur vesicalen Operation der Blasencervixfistel. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, XXIII, Heft 2, p. 338.

eine Fistel einschreiten sollen, die wir sofort oder einige Stunden nach beendeter Geburt beobachten. Déroubaix[33]) räth auch unmittelbar nach der Geburt den Operationsversuch an, wenn die Fistel bequem zugänglich ist und der Zustand der Mutter keine Contraindication abgibt. Gustav Braun[34]) legte bei einer durch den C. Braun'schen Schlüsselhaken entstandenen Fistel sofort die Naht an. Nach drei Tagen ging wieder Urin durch die Scheide. Unter nachheriger Aetzung und Cauterisation mit dem Paquelin kam die restirende Fistel zur Heilung. Braun glaubt das von ihm eingeschlagene Verfahren empfehlen zu sollen. Spiegelberg[35]) operirte nie gleich nach der Geburt; hin und wieder nahm er in der ersten Zeit nach der Niederkunft eine Cauterisation, die Operation aber nur ausnahmsweise vor der achten bis zehnten Woche vor. Esmarch vereinigte bei einer Patientin Litzmann's[36]) eine grosse Rissöffnung im vorderen Scheidengewölbe alsbald nach der Geburt des Kindes (Zange). Ein reichlich thalergrosses nekrotisches Stück fiel später aus. Von unseren Fistelkranken kam keine sofort nach Entstehung des Defectes zur Behandlung. Wir möchten aber gegebenen Falles unter den genannten Voraussetzungen dem Rathe von Déroubaix folgen, wenigstens dann, wenn es sich um eine nicht zu grosse, mehr glattrandige Wunde handeln würde, die unter der Geburt etwa durch ein Perforationsinstrument, scharfen Haken oder Zangenblatt, oder ausser der Geburt durch Messer oder Scheere oder ein spitzes Geräth entstanden wäre. Läge aber eine Continuitätstrennung vor, wie etwa in dem Falle von Litzmann, oder, wie gewöhnlich, ein in Folge Durchquetschung entstandener Defect, bei dem sich nicht genau übersehen lässt, wie weit sich das umgebende Gewebe noch als lebensfähig erweisen wird, da träte in der ersten Zeit ein völlig passives Verfahren, das Abwarten in sein Recht. Einzig kämen hier noch Scheidenausspülungen in Betracht und Einlegen eines permanenten Katheters.

Es ist genügend bekannt, dass kleine und selbst grössere Fisteln im Verlaufe des Puerperiums — von den Blasencervicalfisteln wurde dies schon besonders ausgesagt — sich stark verkleinern oder vollständig schliessen, selbst ohne jeden Eingriff. Eine völlige Spontanheilung kam so bei der ersten Fistel der Frau Arnold (5) und bei der Urethralfistel der Kath. Maurer (33) zu Stande. Ob in dem interessanten Falle Ost (22) durch

---

[33]) Nach Hempel l. c. p. 513.

[34]) Beitrag zur Heilung frischer Blasen-Gebärmutterscheidenfisteln im Verlaufe des Puerperiums. Wiener mediz. Wochenschr., 1881, Nr. 53.

[35]) Nach Hempel l. c. p. 513.

[36]) l. c. p. 731.

spontane Verwachsung der hinteren Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande sich die ganz kleine restirende Oeffnung noch geschlossen hat, konnten wir leider nicht in Erfahrung bringen.

Bei Fisteln, die in den ersten Wochen nach der Geburt zur Beobachtung kommen, lässt Prof. Freund auf Grund seiner an dem reichlichen Breslauer Material gewonnenen und später bestätigten günstigen Erfahrungen für gewöhnlich die permanente Katheterisation und die gleichzeitige Tamponade der Scheide anwenden. Natürlich ist der Erfolg häufig nicht ein so eclatanter wie bei der blutigen Operation. Man muss hier wie überall individualisiren und die passend erscheinenden Fälle aussuchen, wie man denn meistens von genanntem Verfahren überhaupt nicht die völlige Heilung der Fistel erwartet, sondern dasselbe oft nur als ein Vorbereitungsmittel für die spätere Anfrischung und Vereinigung durch die Naht in Gebrauch zieht, namentlich wenn wegen bestehen der Complicationen, z. B. bei narbig verengter Scheide oder Brüchigkeit des puerperal aufgelockerten Gewebes, ein Aufschieben der Operation zweckmässig erscheint.

Aus dem bisher Gesagten lässt sich unschwer ersehen, dass eine ausserordentliche Sachkenntniss und Erfahrung dazu erforderlich ist, in verwickelten Fällen von Anfang an auch nur annähernd die zutreffenden Massnahmen zu ergreifen oder zur richtigen Zeit von der üblichen oder eingeschlagenen Methode abzuweichen oder trotz eines Misserfolges dieselbe nochmals anzuwenden. Als ein Beispiel der Art möge der Fall Busam (26) dienen. Die Frau trat sehr zeitig, schon zu Beginn der dritten Woche nach Acquisition der Fistel in die Klinik ein. Ein spontaner Verschluss war nach dem Umfange und der Beschaffenheit des Defectes kaum zu erwarten, wenn sich auch durch Katheterisation und Tamponade vielleicht eine Verkleinerung desselben hätte herbeiführen lassen. Die blutige Operation bot ebenfalls wenig Aussicht auf Erfolg. Das puerperal aufgelockerte Gewebe war noch viel zu weich und zu morsch. Haken und Zangen rissen beim Versuche der Freilegung der Fistel aus; ausserdem war eine genügende Anfrischung der angrenzenden Cervicalpartien wegen der Nähe des Peritoneums geradezu unausführbar. Ein Aufschieben der Operation würde die ungünstigen Chancen derselben wohl nicht beträchtlich vermindert haben; die Vernarbung und die schon beginnende Einlagerung des Cervixrestes in die Fistel hätten wahrscheinlich neue Schwierigkeiten abgegeben. Und gesetzt auch diese Befürchtung sei grundlos gewesen, so musste doch, wenn man dem geläufigen und für gewöhnlich richtigen Principe, nicht vor der sechsten bis zehnten Woche zu operiren, hätte

huldigen wollen, die Patientin dieses ekelhafte Leiden noch wochen- oder selbst monatelang ertragen. Bei dieser Lage der Dinge blieb noch Eines übrig, nämlich der Versuch der trockenen Naht, der allerdings das erste Mal fehlschlug, der aber von Erfolg gekrönt wurde, als dann durch seitliche Incisionen des Cervixrestes die Fistel besser zu Gesichte gebracht und nach Abtragung einiger Randpartien durch weitumgreifende Nähte, welche nicht, wie das erste Mal, senkrecht, sondern quer angelegt wurden, möglichst viel Substanz aneinandergezogen war. Die trockene Naht wurde in mehr oder weniger typischer Form noch bei sechs weiteren Patientinnen (Albert [20], Feschard [11], Strentz [16], Trommenschläger [18], Gawaler [21], Kirsten [30]) angelegt, und zwar mit geringerem Erfolge, allerdings meist auch unter anderen Bedingungen. Vergleicht man zur Beurtheilung des Werthes der trockenen Naht diese Fälle untereinander und mit dem Falle Busam, so dürfte der Schluss der richtige sein, dass das besprochene Verfahren ebenso wie das Trendelenburg'sche nur hie und da indicirt ist und erfolgreich sein wird. Die Indication für jeden einzelnen Fall lässt sich nicht aufstellen, man kann nur im Allgemeinen sagen, dass die trockene Naht unter Umständen eine treffliche Methode bilden wird, den natürlichen Bestrebungen der puerperalen Involution zur Verkleinerung der Fisteln zu Hilfe zu kommen, und vornehmlich wohl dort verwerthet zu werden verdient, wo der zu reger Neubildung neigende Cervix an der Fistel grösseren oder geringeren Antheil nimmt.

Gedenken wir hier noch des Aetzens und der Cauterisation der Fistelränder, so wurde wenig Gutes dadurch erreicht. Beides kam höchst selten und nur bei kleinen Defecten zur Verwendung.

In der Regel wurde bei der Operation der Fistel erst nach Schnürung der Drähte eine Anfüllung der Blase vorgenommen, welche dann einerseits dazu diente, die Dichtigkeit der Naht zu prüfen, und andererseits die Entfernung etwaigen nach der Blase abgeflossenen Blutes bezweckte. Bemerkte man jedoch während der Operation einen irgendwie reichlicheren Abfluss von Blut in die Blase, so wurde auch schon vor der Vereinigung der Fistelränder eine Ausspülung gemacht. Einpuderung der Wunde mit Jodoform und die Tamponade der Scheide bildeten meistens den Schlussact der Operation, und häufig wurde auch sofort, zumal wenn grössere Defecte bestanden hatten, ein Verweilkatheter eingelegt. Dieser wurde natürlich sogleich fortgenommen, wenn er wegen Hervorrufung von Blasenkrämpfen nicht vertragen wurde und beim weiteren Liegenlassen also nur geschadet hätte. In einigen Fällen erforderte die nachherige

Verstopfung des Katheters durch Blutgerinnsel mehrmalige Reinigung oder Wechsel desselben.

Wenn der permanente Katheter sich nicht bewährte oder überhaupt nicht versucht war, so wurde manchmal die Katheterisation in gut scheinenden Intervallen geübt; in anderen Fällen wieder wurde nur des Nachts ein Katheter eingelegt oder den Patientinnen die Entleerung des Urins auf die natürliche Weise überlassen.

Die Wegnahme der Nähte erfolgte, je wie es zweckmässig erschien, verschieden lange Zeit nach der Operation. Wenn sich bei der Entfernung der Drähte besondere Schwierigkeiten geltend machten, so zog man es hin und wieder vor, die eine oder die andere Sutur zurückzulassen. Ein wesentlicher Nachtheil wurde hievon nicht gesehen.

Mehrere unserer Patientinnen kehrten einmal oder noch häufiger in die Anstalt zurück, theils weil sie durch die erste Behandlung nicht geheilt oder doch nicht geheilt geblieben waren, theils weil sie aus anderen Gründen des Rathes oder der Hilfe sich bedürftig fühlten. Diesen Umständen und unseren Nachforschungen verdanken wir es, dass wir auch über das weitere Schicksal der meisten unserer Patientinnen etwas genauer unterrichtet sind.

Geben wir vorerst einen Ueberblick über die Menstruationsverhältnisse, so gestalteten sich dieselben folgendermassen:

Von 18 Patientinnen, die vor Acquisition der Fistel regelmässig menstruirt waren, blieb bei 9 (Riebold [1], Kongs [3], bei erster und zweiter Fistel Recidiv, Groben [7]. Feschard [11], Witz [12], Lausecker [14] bei dem Stichcanal, Czerwonsky [15], Brendel [19] bei dem Stichcanal nach der Frühgeburt, Ternig [24]) auch während des Bestehens der Fistel die Periode ungestört; bei 8 anderen Fällen (Arnold [5], Wagner [8], Lausecker [14], bei der ursprünglichen Fistel, Ludwig [17], Trommenschläger [18], Ost [22], Kirsten [30], Bürk [31]) cessirte die Menstruation völlig und kehrte in dem Falle Wagner überhaupt nicht zurück. Bei der Frau Busam (26) trat die Periode acht Wochen nach der Geburt und circa 17 Tage nach Schluss der Fistel wieder ein. Bei der Frau Brendel war die Menstruation $3^2/_3$ Monate (bei der ursprünglichen Fistel) unterbrochen und zeigte sich dann ziemlich regelmässig; bei der Frau Albert (20) stellte sich die Periode circa zwei Monate nach der Niederkunft unter Schmerzen im Leibe wieder ein, war später unregelmässig und angeblich häufig mit Fieber verbunden.

Eine Cessatio mensium finden wir noch in vier weiteren Fällen (Rochel [27], Münch [13], Severin [29], Maurer [33]). Die drei letzten Patientinnen waren aber schon früher unregel-

mässig menstruirt. Wie die Periode sich bei der Frau Rochel vor Acquisition der Fistel verhalten habe, ist uns unbekannt. Nach Verheilung der hinteren Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande menstruirte Patientin beschwerdelos durch die Blase.

Bei der Patientin Strentz — wo die Fistel fortbesteht — erschien die Regel wieder circa acht Wochen nach der Niederkunft und war dann unregelmässig wie zuvor.

Von allen vorgenannten Patientinnen hat nur eine — die Frau Ternig, die übrigens wieder rechtzeitig menstruirt wurde — während der Fistelerkrankung gestillt.

Wenn wir auch über unsere noch restirenden Fälle keine verwerthbaren Angaben bezüglich der Menstruationsverhältnisse haben, so bestätigen doch die vorstehenden in genügender Weise die Behauptung Kroner's[37]: „Die gestörte Menstruation ist eine häufige Begleiterscheinung der Fistelerkrankung. Die Periode cessirt sehr oft vollständig, oder sie tritt erst mehr minder lange Zeit nach der Geburt wieder ein, oder sie erscheint in unregelmässigen Intervallen, dabei oft gering und mit wehenartigen Schmerzen, und nur verhältnissmässig selten zeigt sie sich in normaler Zeit nach der Geburt, um alle Monate wiederzukehren."

Kroner kam zu dem Schlusse, dem man durchaus zustimmen muss, dass ein directer Einfluss der Fistelaffection auf die Menstruation nicht existire. Die Gründe, welche dieser Autor für letztere Ansicht geltend macht und die auch bei mehreren unserer Fälle klar zu Tage liegen, wollen wir hier nicht wiederholen[38], möchten aber als weiteren Beweis für die Richtigkeit dieser Kroner'schen Anschauung noch die Thatsache anführen, dass die Menstruation in unserem Falle Lansecker (14) während des Bestehens der ursprünglichen Fistel völlig cessirte, wohingegen sie bei der zweiten Fistel (Stichcanal) ganz ungestört war. Aehnlich verhielt sich der Fall Brendel (19). Hier war die Periode bei der ersten Fistel mehrere Monate unterbrochen, während sie bei der dritten Fistel (Stichcanal) völlig ungestört war.

Die Frage über die Möglichkeit der Conception bei bestehender Urinfistel ist längst entschieden; lebhafter Streit herrscht aber noch darüber, ob Conception bei derartig erkrankten Personen in gleicher Häufigkeit eintritt, wie bei gesunden Frauen. Wohl die meisten Autoren sprechen sich mehr oder weniger entschieden für einen selteneren Eintritt der Conception aus; ein stricter Beweis hiefür ist bisher jedoch kaum erbracht und dürfte auch sehr grosse Schwierigkeiten bieten.

---

[37]) Arch. für Gynäkologie. 1882. Bd. XIX, p. 152.
[38]) l. c. p. 153.

Von unseren Patientinnen haben drei (Riebold [1], Strentz [16], Ternig [24]) bei bestehender Fistel concipirt, man würde aber irren, wenn man daraus — wenn auch nur für unsere Fälle — auf eine geringere Häufigkeit der Conception, besser gesagt, verminderte Conceptionsfähigkeit, bei genanntem Leiden schliessen wollte. Man darf nämlich nicht übersehen, dass die Gelegenheit zu einer neuen Schwangerschaft noch während der Dauer der Fistel eine geringere ist aus dem einfachen Grunde, weil die Patientinnen manchmal schon in den ersten Wochen, häufig innerhalb der ersten Monate nach der perniciösen Geburt und dann oft im sofortigen Anschlusse an ein schweres Wochenbett, wo die Cohabitation gar nicht oder doch seltener stattfand, zur Behandlung kommen und dann eben die Fistel meistens beseitigt wird. Die Frau Riebold und Ternig haben je einmal, die Patientin Strentz, bei welcher die Fistel seit neun Jahren besteht, hat innerhalb dieser Zeit fünfmal concipirt. Die bis jetzt ebenfalls ungeheilt gebliebene Frau Albert acquirirte die Fistel im 45. Lebensjahre; dass bei dieser und der Frau Guérard (6) und Gawaler (21), die erst $1^1/_3$, resp. 4 Jahre nach Acquisition der Fistel in die Klinik eintraten, sich bis dahin keine neue Gravidität einstellte, kann, wenn man blos das Alter der Patientinnen berücksichtigt, nicht auffallen.

Kroner hat auch über den Verlauf der Schwangerschaft bei bestehender Fistel nähere Untersuchungen angestellt und scheint ihm der Ausgang in Abort das Häufigere zu sein; er fügt jedoch gleich hinzu, es erhelle aus der Thatsache, dass die Schwangerschaften öfters ganz normal verliefen und dass in zwei Fällen den Frühgeburten rechtzeitige bei bestehender Fistel vorausgegangen seien, dass die Fistelerkrankung als solche mit der zu früh eintretenden Geburt in der Regel nichts zu thun habe.[39])

Die fünf Conceptionen der Patientin Strentz endeten sämmtlich mit Abort im dritten Monate, die Frau Ternig hatte eine Frühgeburt von viereinhalb Monaten. Die Frau Brendel kam bei der dritten Fistel (Stichcanal) mit einem sieben Monate alten Kinde nieder, nachdem sie Tags zuvor eine mehrstündige Eisenbahnfahrt gemacht hatte.

Das Fistelrecidiv der Frau Riebold wurde gegen Ende des dritten Schwangerschaftsmonats, die neue Fistel der Frau Schiller (10) im achten Monate der Gravidität, allerdings schon am zwölften Tage nach Wiederein tritt der Incontinenz geschlossen. In beiden Fällen bestand dann die Gravidität bis zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ungestört weiter.

---

[39]) l. c. p. 164.

Die eben genannten Fälle können verschieden gedeutet werden. Greifen wir nur die einfachsten heraus, so könnte man geneigt sein, anzunehmen, dass das Fistelleiden als solches in dem Falle Strentz die Aborte hervorgerufen oder hiebei doch ein gewichtiges ätiologisches Moment abgegeben habe. In dem Falle Brendel stand möglicherweise das Fahren auf der Eisenbahn, wodurch bekanntlich bei weiter vorgeschrittener Gravidität gar nicht so selten Wehen erregt werden, mit dem vorzeitigen Eintritte der Geburt in ursächlichem Zusammenhange.

Noch unsicherer in ihrer Deutung wie diese zwei sind die drei anderen Fälle.

Zur Lösung der Frage, ob die bestehende Fistel für sich allein die Unterbrechung der Gravidität zur Folge haben könne und ob der Abort, resp. die Frühgeburt häufiger sei als die rechtzeitige Niederkunft, liefern also auch unsere gesammten fünf Fälle keinen entscheidenden Beitrag. Dies vielmehr möchten wir aus denselben entnehmen, dass man, um ein richtiges Urtheil in genannten Beziehungen zu gewinnen, unter genauester Berücksichtigung des objectiven Befundes und nicht weniger der anamnestischen Angaben der Patientinnen eine grosse Anzahl von einschlägigen Fällen studiren müsste. Anderen Falls sind Täuschungen zu leicht möglich. So traten nämlich in zweien unserer Fälle (Obrecht [2], Severin [29]) auch nach geheilter Fistel noch Frühgeburten ein. Erstere Patientin hatte aber, wie die Anamnese berichtet, schon vor Acquisition der Fistel zwei Aborte durchgemacht; letztere Patientin leidet an Anfällen (Epilepsie) und dürften die zwei Frühgeburten wohl hierauf bezogen werden.

Aborte und Frühgeburten können ja mancherlei Ursachen haben. Verlagerungen des Uterus, Entzündungen desselben und seiner Adnexe, Zustände, die gerade bei fistelkranken Personen recht häufig platzgreifen und die oft die Heilung dieses Leidens noch überdauern, spielen für den etwaigen vorzeitigen Geburtseintritt bei bestehender, und fügen wir gleich hinzu, auch nach geheilter Fistel, wohl die bedeutsamste Rolle. Wir haben vorhin schon die drei Fälle (Riebold [1], Schiller [10], Brendel [19]) angeführt, in denen während der Gravidität und unter Kenntniss derselben, und zwar sowohl in den ersten wie den letzten Schwangerschaftsmonaten zur Operation der Fisteln geschritten wurde. Bei allen drei Patientinnen gelang der Schluss der Fistel. Für den zurückbleibenden Stichcanal bei der Frau Brendel möchten wir die Gravidität in keiner Weise verantwortlich machen, wie es ebensowenig angeht, mit der Operation die nachträgliche Frühgeburt (circa $4^1/_3$ Monate später) in irgend welche Verbindung zu bringen. Ueberhaupt dürfte eine

vorzeitige Geburt in Folge einer Fisteloperation höchst selten vorkommen. Zu diesem Schlusse ist man berechtigt, wenn man unsere eben besprochenen und analoge Fälle aus der Literatur berücksichtigt und wenn man sich die neueren Erfahrungen vergegenwärtigt, nach denen nicht allein in der Nähe des Uterus, sondern an diesem Organe selbst die eingreifendsten Operationen während der Gravidität vorgenommen werden können, meistens ohne zu einer Unterbrechung der letzteren zu führen.

Dementsprechend wird man auf die Operation einer Fistel bei gleichzeitig bestehender Schwangerschaft kaum je verzichten brauchen.

Nach Heilung der Fisteln haben, so viel uns bekannt geworden, elf unserer Patientinnen noch ein oder mehrere Male geboren. Nur in einem Falle (Kongs [3]) kam bei einer, und zwar am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft erfolgten Geburt (Fusslage, Extraction durch Hebamme) ein Fistelrecidiv zu Stande, was vielleicht verhütet worden wäre, wenn Patientin den Rath befolgt hätte, kurz vor der Niederkunft sich wieder einzustellen.

Bei den drei Frauen (Riebold [1], Czerwonsky [15], Schiller [10]), welche der ihnen gegebenen Weisung, im Falle einer neuen Gravidität frühzeitig in die Anstalt zurückzukehren, nachkamen, wurde bei den beiden ersten je einmal, bei der dritten zweimal die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Die Erfolge derselben waren ausgezeichnete; denn nicht allein blieb die Function der Blase völlig intact und verliefen die Wochenbette für die Mütter ohne jede wesentliche Störung, sondern es wurden auch in jedem Falle lebende und lebensfähige Kinder geboren.

Ein gleich günstiges Resultat wurde in dem Falle Feschard (11) (ausserhalb der Klinik) erzielt. Bei der Frau Groben (7) führte die Einleitung der künstlichen Frühgeburt leider zur Infection (ausserhalb der Klinik). Mahnt auch dieses üble Ereigniss wieder zur grössten Vorsicht, so muss doch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt unter Beobachtung strengster Antisepsis als treffliche Methode angesehen werden, einerseits um die Mutter vor dem Fistelrecidive zu schützen, andererseits um auch dem Leben des Kindes gebührende Rechnung zu tragen. Die Indication wird allerdings selten durch die Beschaffenheit der mütterlichen Weichtheile allein gegeben sein, meistens wird es sich gleichzeitig um Beckenenge handeln, die schon an sich die Einleitung der künstlichen Frühgeburt als rathsam erscheinen liesse.

Die Massregeln, welche man unter der Geburt selbst ergreifen müsse, um das Zustandekommen einer Fistel zu ver-

hüten oder die Vergrösserung einer bereits vorhandenen Fistel oder ein Fistelrecidiv zu verhindern, wollen wir hier nicht weiter erörtern.

Die neuerdings wieder zu ihrem Rechte verholfene Symphysiotomie dürfte sich geeignet erweisen, in genannter Richtung manches Unheil von den Müttern, und zwar unter Erhaltung des kindlichen Lebens abzuwenden, wenngleich bemerkt werden muss, dass bei dieser Operation selbst schon mehrfach Fisteln entstanden sind.

Es erübrigt noch, dass wir die Schlussresultate der Behandlung anführen:[40])

1. Blasenscheidenfisteln: Von 15 Patientinnen wurden 14 vollständig geheilt, eine (Münch [Fall 13]) blieb ungeheilt.

2. Oberflächliche Blasen-Gebärmutterscheidenfisteln: Von 5 Patientinnen wurden 4 vollständig geheilt. Unvollständige Heilung bei einer Patientin (Strentz [Fall 16]), die sich der weiteren Behandlung entzog.

3. Tiefe Blasen-Gebärmutterscheidenfisteln: Von 9 Patientinnen wurden 5 vollständig geheilt. Unvollständige Heilung bei 4 Patientinnen (Albert [Fall 20], Ost [Fall 22], Kurz [Fall 23], Seltzer [Fall 28]), die sich der weiteren Behandlung entzogen.

4. Blasencervixfisteln: Alle 4 Patientinnen wurden vollständig geheilt.

5. Harnröhrenscheidenfisteln: Von 2 Patientinnen bei einer vollständige Spontanheilung; bei der zweiten Besserung (hielt den Harn in der ersten Zeit nach der Operation nur eine Stunde).

---

[40]) Wir fügen hier noch zwei Fälle ein, die kurz vor Abschluss dieser Arbeit zur Operation gelangten. Bei dem ersten handelte es sich um eine Blasenscheidenfistel, bei dem zweiten um eine Blasencervixfistel. Beide wurden in je einer Sitzung (durch die vaginale Methode) geschlossen.